

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2012

Katariina Hannula, Jalmari Mäki & Mari Peippo

# PÄIHDE- JA PÄIHDEMYRKYTYSPOUTILAAN HOITON JOHTANEET SYYT JA HOIDON KULKU SUOMEN YLIOPISTOLLISISSA SAIRAALOISSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Toukokuu 2012 | 72 sivua + 1 liite

Ohjaaja FT Maika Kummel

Katariina Hannula, Jalmari Mäki & Mari Peippo

# PÄIHDE- JA PÄIHDEMYRKYTYSPOTILAAN HOITOON JOHTANEET SYYT JA HOIDON KULKU SUOMEN YLIOPISTOLLISISSA SAIRAALOISSA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoon johtaneista syistä ja hoidon kulusta Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli koota yhteen olemassa olevan kirjallisuuden ja tutkitun aineiston avulla mitä kyseisten potilaiden hoidon kulusta tiedetään Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kun päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitopolkuja kehitetään nykyistä toimivammiksi.

Opinnäytetyö oli osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojektia (Hoi – Pro). Opinnäytetyö toteutettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen.

Tulokset osoittivat, että päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoito on usein haastavaa ja moniongelmaista, ja se vaatii monien eri erikoisalojen asiantuntijuutta. Päihteiden aiheuttamat ongelmat kuormittavat nykyään entistä enemmän yliopistollisten sairaaloiden päivystyksiköitä. Potilaat hakeutuvat usein hoitoon jonkin muun syyn kuin päihdeongelman vuoksi. Yleisimpiä hoitoon hakeutumisen syitä ovat tapaturmat ja päihdemyrkytykset. Tyypillisesti päihde- ja päihdemyrkytyspotilailla on useita samanaikaisia diagnooseja, jotka ovat joko suoraan tai välillisesti yhteydessä potilaan päihteiden käyttöön. Päivystyksestä potilaiden hoitoon ohjautuminen on usein hidasta. Yleisimmät päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoon osallistuvat erikoisalot ovat kirurgia ja sisätaudit, joista potilaita ohjataan edelleen muun muassa psykiatrian tulosalueelle. Hoitoketjujen toteutuminen on usein hankalaa johtuen päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden huonosta hoitomotivaatiosta ja puutteellisesta yhteistyöstä eri erikoisalojen välillä.

## ASIASANAT:

alkoholin käyttäjä, hoitoketju, huumeiden käyttäjä, päihdemyrkytyspotilas, päihdepotilas, yliopistollinen sairaala

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing | Nurse

May 2012 | 72 pages + 1 appendice

Instructor PhD Maika Kummel

Katariina Hannula, Jalmari Mäki & Mari Peippo

# THE CAUSES THAT HAVE LED THE DRUG PATIENT AND THE DRUG INTOXICATED PATIENT TO THE TREATMENT AND THE PATH OF THE TREATMENT IN UNIVERSITY HOSPITALS OF FINLAND

The aim of Bachelor's Thesis was intended to provide information on the reasons why the drug patients and drug intoxicated patients have been taken to treatment and how the treatment has proceeded in University Hospitals of Finland. The aim was to compile the information on the treatment of those patients in the Finnish University Hospitals by examining the existing literature and research. The results of this thesis can be utilized when developing the treatment pathways of the drug patients and drug intoxicated patients more functional.

The thesis was part of the Future Hospital – Development Project in Nursing (Hoi-Pro) of the Hospital District of Southwest Finland. The thesis was carried out by adapting the systematic literature review.

The results indicate that the treatment of the drug patients and drug intoxicated patients is often challenging and multi problematic and it requires the expertise of many different specialties. The problems caused by drugs load more and more the emergency units of the University Hospitals. The patients often seek treatment for other reasons than the drug problem. The most common reasons are accidents and drug poisonings. Typically the drug patients have several simultaneous diagnoses, which are either directly or indirectly connected to the patients' use of drugs. The flow from the emergency unit to treatment is often slow. Most generally the specialties involved to the treatment of drug patients or drug intoxicated patients are surgery and internal diseases, from where the patients are often directed further to, among other, the division of psychiatry. The realizations of the treatment pathways are often difficult because of the drug patients' poor motivation for care and a lack of co-operation between the different specialties.

## KEYWORDS:

alcohol user, treatment pathway, drug user, drug intoxicated patient, drug patient, university hospital

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 PÄIHTEET JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJÄ</b>	<b>9</b>
2.1 Alkoholi	9
2.2 Huumausaineet	11
2.3 Päihteiden sekakäyttö	13
2.4 Päihteiden väärinkäyttäjä	13
<b>3 PÄIHDEMYRKYTYS</b>	<b>14</b>
3.1 Alkoholimyrkytys	14
3.2 Huume- ja lääkeainemyrkytykset	15
<b>4 PÄIHDEPALVELUT SUOMESSA</b>	<b>16</b>
4.1 Päihdehuollon erityispalvelut	18
<b>5 HOITOKETJU</b>	<b>20</b>
5.1 Esimerkki päihdepotilaan hoitoketjusta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä	21
5.2 Esimerkki päihdepotilaan hoitoketjusta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä	23
5.3 Esimerkki opioidiriippuvaisten korvaushoidon hoitoketjusta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä	24
<b>6 PÄIHDE- JA PÄIHDEMYRKYTYS POTILAAT ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA</b>	<b>26</b>
6.1 Alkoholin käyttäjän tulosityt ja hoito	26
6.2 Huumeiden käyttäjän tulosityt ja hoito	31
6.3 Päihdemyrkytyspotilaan tulosityt ja hoito	35
<b>7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA SITÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET</b>	<b>37</b>
<b>8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS</b>	<b>38</b>
8.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	38
8.2 Aineiston valinta	39
8.3 Aineiston analyysi	41

<b>9 TULOKSET</b>	<b>42</b>
9.1 Päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan hoitoon johtaneet syyt	45
9.1.1 Päihdepotilas päivystyksessä	45
9.1.2 Tehohoitoon johtanut alkoholin käyttö	46
9.1.3 Huumeiden käyttäjän hoitoon hakeutumisen syyt	46
9.1.4 Päihdemyrkytyspotilas päivystyksessä	48
9.1.5 Päihdepsykiatriset ongelmat hoitoon tulossyynä	49
9.2 Päihdepotilaan hoidon kulku	51
9.2.1 Hoidon kulku somaattisessa erikoissairaanhoidossa	51
9.2.2 Hoidon kulku (päihde)psykiatrian erikoissairaanhoidossa ja opioidikorvaushoidossa	54
9.3 Päihdemyrkytyspotilaan hoidon kulku	57
9.3.1 Hoidon kulku somaattisessa erikoissairaanhoidossa	57
9.3.2 Hoidon kulku (päihde)psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa	58
<b>10 POHDINTA</b>	<b>60</b>
10.1 Eettisyys	60
10.2 Luotettavuus	61
10.3 Tulosten tarkastelua	62
<b>11 JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>68</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>69</b>

## LIITTEET

Liite 1. TYKS intoksikaatiopotilaan prosessi (Lähdenperä, H. 2011)

## KUVAT

Kuva 1. Päihtyneiden ensihoidon ja selviämisaseman toimintamalli (Suoja-Salmi, J. 2009) .....	18
Kuva 2. Huumeita käyttäneiden potilaiden esiintyminen yksiköissä/erikoisaloilla (Karpunen, A. 2003).....	52

## TAULUKOT

Taulukko 1. Aikaisemmat tutkimukset/julkaisut liittyen päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan hoitoon johtaneisiin syihin ja hoidon kulkuun.....	42
---	----

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2009 alkoholin käyttöön liittyvät sairaudet ja alkoholimyrkytykset olivat yleisimpiä kuolinsyitä työikäisten naisten ja miesten keskuudessa (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011a, 16). Vuonna 2010 alkoholiperäisiin tauteihin ja alkoholimyrkytykseen menehtyi 1 962 henkilöä, joista alkoholiperäisiin tauteihin 1556 ja alkoholimyrkytykseen 406 henkilöä, eli luku on noin 5 % kaikista kuolemantapauksista Suomessa (Tilastokeskus 2011). Tyypillistä suomalaiselle huumausaineiden ongelmakäytölle on alkoholin vahva asema oheispäihteenä, ruiskuhuumeiden käyttäjien buprenorfiinin käyttö sekä samanaikaiset mielenterveyden häiriöt. Viime vuosina huumausaineisiin liittyvät kuolemat ovat lisääntyneet, joissa noin puolessa kuolemantapauksista peruskuolemansyynä oli myrkytys. Vuonna 2009 huumesairauksiin ja -myrkytyksiin kuoli 175 henkilöä. (THL 2011b, 5, 28.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoon johtaneista syistä ja hoidon kulusta Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kun päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitopolkuja kehitetään nykyistä toimivammiksi. Opinnäytetyö on osa Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojektia (Hoi-Pro) 2009 – 2015, joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen projekti. Hoi-Pro on ollut osa T2-sairaalan toiminnan kehittämisen hanketta (T-Pro). T-Pro:n keskeisenä tavoitteena oli suunnitella sairaalan palvelut toimialuekohtaisesti ja potilaslähtöisesti yksilölliset tarpeet huomioon ottavaksi toiminnaksi. (Korvenranta & Särkkä 2010, 10; Kummel ym. 2012, 88.)

Opinnäytetyön aihe on merkittävä, sillä sairaanhoitaja tulee kohtaamaan terveydenhuollon eri toimipisteissä runsaasti ihmisiä, joiden elämään kuuluvat tavalla tai toisella päihteet. Sairaanhoitaja kohtaa myös ihmisiä, joilla ilmenee eriasteisia päihteistä aiheutuvaa haittaa kuten päihdesairauksia tai päihderiippuvuuteen johtavaa riskikäyttäytymistä. Sairaanhoitajan tehtävänä on tällöin

auttaa, hoitaa ja huolehtia hoitotyön keinoin päihteitä käyttävistä ihmisistä ja heidän läheisistään yksilöllisesti. Sairaanhoidaja myös kehittää, ohjaa ja tutkii päihdehoitotyötä sekä toimii yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa. (Inkinen ym. 2000, 22–23.)



## 2 PÄIHTEET JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJÄ

Päihteet ovat kemiallisia aineita, yhdisteitä tai luonnontuotteita, joita käytetään huumaus-, piristys- tai päihtymistarkoitukseen (Vuori-Kemilä ym. 2007, 34). Päihteisiin luokitellaan laittomat huumausaineet esimerkiksi keskushermoston toimintaa kiihottavat piristeet, keskushermostoa lamaavat aineet, aistiharhoja tuottavat hallusinogeenit sekä kannabistuotteet. Suomessa tupakka, kofeiini ja alkoholi määritellään lailliseksi ja niin sanotuiksi sosiaalisiksi päihteiksi. Päihteitä ovat myös impattavat aineet, kuten liuottimet, liimat ja lakat sekä päihdetarkoituksessa käytettävät lääkkeet. (Dahl & Hirschovits 2002, 5.)

Tietoisuutta muuttavat, psykoaktiiviset päihteet sekä lääkkeet vaikuttavat yksilöllisesti ihmisen psyykkisiin ja fyysisiin toimintoihin ja tajunnan tasoon. Päihteiden käyttöön liittyy käyttäytymisen muutoksia, jotka vaikuttavat monin tavoin käyttäjän elämään. Päihteiden käytöllä on myös symbolinen merkitys sekä käyttäjille, että heidän viiteryhмälleen, omaisilleen, hoitajilleen, yleisölle sekä medialle. Huumausaineiden käyttäjille päihteiden symbolimerkitys vaihtelee ongelmakäyttäjien, kokeilijoiden tai satunnaiskäyttäjien välillä. (Havio ym. 2008, 66.) Päihteiden käyttö jaetaan kokeilu-, satunnais-, tapa-, suur- ja riippuvuuskäyttöön (Vuori-Kemilä ym. 2007, 34–35). Päihteiden käytöllä on myös sosiaalinen symbolimerkitys ja päihteen valinta kertoo sen kuluttajan kuulumisesta tiettyyn ryhmään tai erottautumisesta tietyistä ryhmästä (Havio ym. 2008, 66).

### 2.1 Alkoholi

Alkoholi (etanoli) on Suomessa yleisesti hyväksytty, laillinen sekä kofeiinin ja nikotiinin jälkeen eniten käytetty päihde. Se luokitellaan farmakologisesti keskushermostoa lamaavaksi aineeksi. (Salaspuro ym. 2003, 120.) Alkoholilla on käyttäjälleen muun muassa mielihyvää tuottava, rentouttava, jännitystä poistava ja estoja laukaiseva vaikutus. Suurin osa alkoholin käyttäjistä ei kuitenkaan kärsi vakavista ongelmista käytön vuoksi, koska heidän päihteiden käyttönsä on

vähäistä eikä siitä aiheudu henkilölle pitkäaikaista haittaa. (Havio ym. 2008, 53, 70.)

Alkoholin kohtuukäytöllä tarkoitetaan satunnaista tai vähäistä käyttöä, jossa alkoholia nautitaan esimerkiksi ruokailun tai juhlien yhteydessä. Haitallisesta käytöstä voidaan puhua silloin, jos alkoholin käyttöä seuraa aamukrapula, joka estää päivän normaalien toimintojen suorittamista tai siitä aiheutuu taloudellisia tai sosiaalisia ongelmia. Tällöin voidaan puhua jo alkoholin suurkulutuksen varhaisvaiheesta. (Havio ym. 2008, 55.)

Lisääntyneen sietokyvyn myötä alkoholinkulutus voi nousta huomaamatta, joka johtaa fyysisen riippuvuuden syntyyn. Suurkulutuksen alaraja on miehillä 24 annosta (yksi annos on noin 12 grammaa eli 15 millilitraa 100 % alkoholia) ja naisilla 16 annosta viikossa. Kertakulutuksen yläraja suurkulutuksen osalta on miehillä seitsemän annosta ja naisilla viisi annosta. Alkoholin pitkäaikainen suurkulutus aiheuttaa myös lisääntyviä terveyshaittoja ja sietokyvyn kasvua. Alkoholin suurkuluttajia arvioidaan Suomessa olevan noin 200 000–500 000. Suurkulutuksessa voi olla kyse alkoholin haitallisesta käytöstä, alkavasta ongelmakäytöstä tai kehittyvästä riippuvuusoireyhtymästä eli alkoholismista, joka haittaa jo merkittävästi esimerkiksi perhe-elämää, henkistä hyvinvointia, työelämää, harrastuksia ja taloutta. (Havio ym. 2008, 55–56.)

Alkoholiriippuvuudesta voidaan puhua, jos käytetyt annokset ylittyvät toistuvasti yli suurkulutuksen riskirajojen. Alkoholiriippuvuudessa ilmenee voimakasta fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista riippuvuutta, jonka merkkejä ovat esimerkiksi voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia, vaikeus lopettaa alkoholin käyttö, vieroitusoireet ja riippuvuus elämäntavasta, jossa alkoholilla on olennainen merkitys. Alkoholiriippuvuudesta toipumiseen voi vaikuttaa monet eri tekijät ja osa alkoholismia sairastavista ei tarvitse lainkaan hoitoa. (Havio ym. 2008, 56–57.)

Vuonna 2010 alkoholijuomien kokonaiskulutus väheni noin kaksi prosenttia vuoteen 2009 verrattuna. Alkoholia kulutettiin vuonna 2010 sataprosenttiseksi alkoholiksi muutettuna 10,0 litraa asukasta kohti. Vuonna 2009 vastaava luku oli

10,2 litraa ja vuonna 2006 10,3 litraa. Suurkuluttajien määrän, samoin kuin heidän juomansa alkoholin määrän on arvioitu kasvaneen 2000-luvulla. Alkoholin kulutuksen kasvu on ollut 2000-luvulla yhteydessä alkoholin käyttöön liittyvien haittojen kasvuun. Tällä hetkellä haittojen kasvu näyttäisi kuitenkin pysähtyneen ja osin kääntyneen laskuun. (THL 2011a, 17.)

## 2.2 Huumausaineet

Huumausaineet voidaan jakaa muun muassa sen vaikutuksen mukaan. Amfetamiini, amfetamiinijohdannaiset, kokaiini, GHB ja khat ovat keskushermostoa kiihottavia eli stimuloivia aineita. Keskushermostoa rauhoittavat eli lamaavat oopiumi, morfiini, heroini, synteettiset opiaatit, kodeiini, metadoni, GHB suurina annoksina, barbituraatit sekä rauhoittavat lääkkeet. Hallusinogeenisiin eli aistiharhoja tuottaviin huumausaineisiin luokitellaan LSD, kannabistuotteet, psilosybiini, PCP, STP, meskaliini sekä jo aiemmin mainitut khat ja amfetamiinijohdannaisista ekstaasi. (Alaspää ym. 2003, 457.) Suomen huumemarkkinoille on tullut uutena myös niin sanottuja psykoaktiivisia aineita eli muuntohuumeita, joita kutsutaan myös design-, seksi- tai uusiksi huumeiksi. Muuntohuumeita tehtaillaan muun muassa huumausainelakien kiertämiseksi, houkuttelevuuden lisäämiseksi ja mahdollisuutena saada samasta tavarasta parempi hinta. Muuntohuumeiden tilaaminen Internetistä on helppoa ja Suomestakin on löydetty muuntohuumetehtaita esimerkiksi taloyhtiöiden kellareista. (Kotovirta 2011.) Huumeita voi joko pureskella, hengittää, polttaa, nuuskata tai käyttää suonen sisäisesti (THL 2009).

Huumeet tuovat huumaavan vaikutuksen lisäksi käyttäjälleen psyykkisiä vaikutuksia, jotka koetaan miellyttävinä ja joiden takia käyttäjä tulee herkästi nauttimaan niitä toistuvasti. Mitä voimakkaampi on päihteen vaikutus, sitä todennäköisemmin päihdettä käytetään uudestaan ja käyttäjä addiktoituu eli tulee riippuvaiseksi. Eri huumeiden addiktiopotentiaali vaihtelee; riski addiktoitua kokaiinille, amfetamiinille ja opiaateille on suurempi kuin barbituraateille, bentsodiatsepiineille ja kannabistuotteille. (Salaspuro ym. 2003, 110.)

Huumeiden käyttöön liittyy sekä yhteiskunnallisia, yksilöllisiä että sosiaalisia tekijöitä. Yhteiskunnallisia tekijöitä ovat päihteiden tarjonta, hinta, valvonta ja niiden saatavuus. Perheoloilla on merkittävä osuus nuoren itsetunnon kehityksessä. Huumeongelmilla on usein yhteys yksilön huonoon itsetuntoon, huonoon surun ja kilpailun sietokykyyn, ahdistukseen ja stressiin. Päihteiden kautta haetaan hetkellistä mielihyvää ja niiden avulla etenkin nuoret vähentävät estoja ja ujoutta. (THL 2009.) Toisaalta huumeiden käyttöä voidaan verrata alkoholiin tai muihin päihdyttäviin ja riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin ja käyttäytymistapoihin, mutta toisaalta se taas poikkeaa muista päihteistä sen kriminalisoinnin takia, eikä huumeilla ole alkoholiin verrattuna vakiintunutta asemaa suomalaisessa yhteiskunnassa ja kulttuurissa (Salaspuro ym. 2003, 69).

Suomessa huumausaineet ja niihin liittyvät ongelmat ovat pysyneet viime vuodet melko vakaalla tasolla. Vuoden 2005 arvion mukaan huumausaineiden ongelmakäyttäjää arvioitiin olevan 0,6–0,7 % maan 15–55 -vuotiaasta väestöstä, ja lähes neljä viidestä ongelmakäyttäjistä oli amfetamiinin käyttäjiä. (Huumetilanne Suomessa 2011, 5.) Partasen ym. (2007) tutkimuksen mukaan Suomessa oli vuonna 2005 noin 14 500–19 000 amfetamiinin tai opiaattien ongelmakäyttäjää, joista amfetamiinin ongelmakäyttäjää arvioitiin olevan 12 000–22 000 ja opiaattien 3 700–4 900. Tutkimus osoitti myös, että noin 50–60 % kaikista ongelmakäyttäjistä oli Etelä-Suomesta ja näistä selvästi yli puolet pääkaupunkiseudulta.

Uutena haasteena on terveydelle vaarallisten muuntohuumeiden yleistyminen. Kesäkuussa vuonna 2011 uudistetun huumausainelain myötä niiden kieltäminen on kuitenkin huomattavasti helpompaa ja nopeampaa kuin aikaisemmin. Vuoden 2010 tutkimustiedot osoittavat kannabiskokeilujen ja kannabiksen kotikasvatuksen lisääntyneen. Eniten käyttöä esiintyi 15–34-vuotiailla. Miesten osuus kaikista huumeidenkäyttäjistä oli lähes 80 %. Suomalaiselle huumausaineiden ongelmakäytölle tyypillistä on alkoholin vahva oheiskäyttö, suonensisäisen buprenorfiinin käyttö ja samanaikaiset mielenterveyden häiriöt. (THL 2011b, 5.)

## 2.3 Päihteiden sekakäyttö

Päihteiden sekakäytöllä tarkoitetaan alkoholin, lääkkeiden ja/tai huumeiden samanaikaista tai peräkkäistä päihdekäyttöä. Erilaisia sekakäytön muotoja on lukuisia. Alkoholin ja huumeiden vaikutusta pyritään usein tehostamaan lääkkeillä tai niillä yritetään lievittää muista aineista tulevia vieroitusoireita. Sekakäyttö on toiseksi yleisin päihteiden käytön muoto alkoholin käytön jälkeen. Päihteiden sekakäyttö on viime vuosina lisääntynyt erityisesti nuorten, miesten, ja alkoholiongelmaisten keskuudessa. (Havio ym. 2008, 64–65.)

Tiettyjä lääkkeitä kuten ahdistus- ja nukahtamislääkkeitä voidaan käyttää päihety mistarkoitukseen (Huttunen 2008, 34). Lääkkeitä otetaan moninkertaisia annoksia tavoitteena erilaiset päihtymystilat. (Havio ym. 2008, 80–81.) Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyy usein alkoholinkäyttö ja muu sekakäyttö. Suomalaisten nuorten päihdekokeiluille on tyypillistä päihdehakuisuus ja aineiden sekakäyttö. (Huttunen 2008, 34.)

## 2.4 Päihteiden väärinkäyttäjä

Päihdyttävien aineiden tai lääkkeiden väärinkäytölle on ominaista aineen toistuva käyttö tavalla, josta on terveydellisiä tai sosiaalisia haittoja. Pelkässä väärinkäytössä aineen käyttö ei ole välttämättä päivittäistä eikä henkilöllä ilmene pakonomaista tarvetta käyttää päihdettä päivittäin. Päihteiden väärinkäyttö liittyy käytetyn aineen ahdistusta ja pelkoja lievittävään tai humalluttavaan vaikutukseen. Henkilön arvostelukyky ja kyky kontrolloida käytöstään heikkenevät päihety myksen seurauksena. Huomattava osa päihteiden väärinkäyttäjistä ajautuu vähitellen alkoholi-, päihde-, tai huumeriippuvaisiksi. Päihteitä voi kuitenkin käyttää väärin vuosiakin ja tiheästi toistuen ilman, että siitä kehittyy varsinainen aineriippuvuus. (Terveyskirjasto 2009.) Päihderiippuvuus on krooninen ja helposti uusiutuva eli relapsoiva sairaustila, jolle on ominaista sietokyvyn kasvun eli toleranssin kehittyminen ja pakonomainen tarve saada päihdettä. Sen vaikutukset heijastuvat yksilön kaikkinaiseen terveyteen. (Salaspuro ym. 2003, 110.)

### 3 PÄIHDEMYRKYTYS

Päihdemyrkytyksellä tarkoitetaan tilaa, jolloin ihmisen elimistöön tulee liikaa jotain ainetta lyhyessä ajassa, jolloin elimistö ei pysty käsittelemään tätä ainetta. Päihdemyrkytys voi johtua alkoholista, huumausaineista, lääkkeistä tai näiden yhdistelmistä. Päihdemyrkytys on tila, joka vaatii sairaala- tai terveyskeskushoitoa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 183–184.) Diagnoosia tehdessä tulee erottaa päihdemyrkytys päihteidenkäytöstä johtuvista vierotusoireista (Salaspuro 2009, 900).

#### 3.1 Alkoholimyrkytys

Alkoholimyrkytykseen kuolee Suomessa vuositasolla noin 500 henkilöä. Kuolemat katsotaan olevan alkoholin aiheuttamia, kun kuoleman syynä on ollut hengityksen lamaantuminen, sydämenpysähdys tai oksennukseen tukehtuminen. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 183.) Etanolimyrkytysten osuus alkoholimyrkytyskuolemista on suurin. Niin sanotut korvikealkoholit eli metanoli, etyleeniglykoli ja isopropanoli aiheuttavat yhteensä kaikista alkoholimyrkytyskuolemista alle kymmenen prosenttia. Etanolimyrkytyksessä veren alkoholipitoisuus on 4 ‰ tai enemmän. Myrkytyksen oireita voivat olla korkea sydämen syke, tajuttomuus, hengityslama, hypoglykemia, metabolinen asidoosi ja aivopaineen nousu. (Salaspuro ym. 2003, 287–288.) Hengenvaarallinen ja yleensä tappava määrä etanolia on noin 300 grammaa. Korvikealkoholien hengenvaaralliset annokset ovat hieman erisuuruisia. Metanolin hengenvaarallinen annos on noin 30 millilitraa, etyleeniglykoolilla hieman isompi, 50 millilitraa ja isopropanolilla 250 millilitraa. (Lappalainen-Lehto ym. 2009, 185.) Näiden aineiden myrkytysoireet ovat samankaltaisia kuin etanolimyrkytyksessä ja voivat aiheuttaa lisäksi munuaisvaurioita. Metanolimyrkytys aiheuttaa myös näköhäiriöitä ja silmien vaurioita. (Salaspuro ym. 2003, 289–292.)

### 3.2 Huume- ja lääkeainemyrkytykset

Huumausaineiden aiheuttamat myrkytykset johtuvat yleensä yliannostuksesta ja aineiden sisältämistä epäpuhtauksista (Salaspuro ym. 2003, 44). Huumausaineet aiheuttavat Suomessa vuositasolla 180 ihmisen myrkytyskuoleman (Salaspuro 2009, 897). Yliannostuksen riskiä voi nostaa huumeiden käyttäjän kehittynyt toleranssi aineisiin ja aineiden laadun epävarmuus. Sekakäytössä alkoholi, huumeet ja lääkkeet korostavat toistensa vaikutuksia. Huumausaineilla on erilaisia vaikutuksia ja myrkytysoireita. Esimerkiksi kannabiksella ei ole todettu yliannostuskuolemia, kun taas heroiinilla 0,06 gramman annos voi johtaa kuolemaan. Opiaattien aiheuttamat myrkytyskuolemat johtuvat niiden hengityslamaa aiheuttavasta vaikutuksesta. Muita oireita opiaattimyrkytyksissä ovat tajunnan ja verenpaineen lasku sekä hengityksen hidastuminen. Amfetamiinin ja kokaiinin aiheuttamat kuolemat johtuvat niiden aiheuttamista fyysisistä oireista. Oireita ovat verenpaineen vaihtelut, hypertermia, rytmihäiriöt ja psykoosilanteet. (Havio ym. 2008, 152–153.) Lääkeainemyrkytyksissä annokset ovat moninkertaisia, jopa 30-kertaisia normaaliin lääkinnälliseen annostukseen verrattuna. Lääkeainemyrkytyksissä on usein mukana alkoholi tai muu sekakäyttö. (Huttunen 2008, 35–36.)

## 4 PÄIHDEPALVELUT SUOMESSA

Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. (Finlex - Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

Päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen. (Finlex - Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

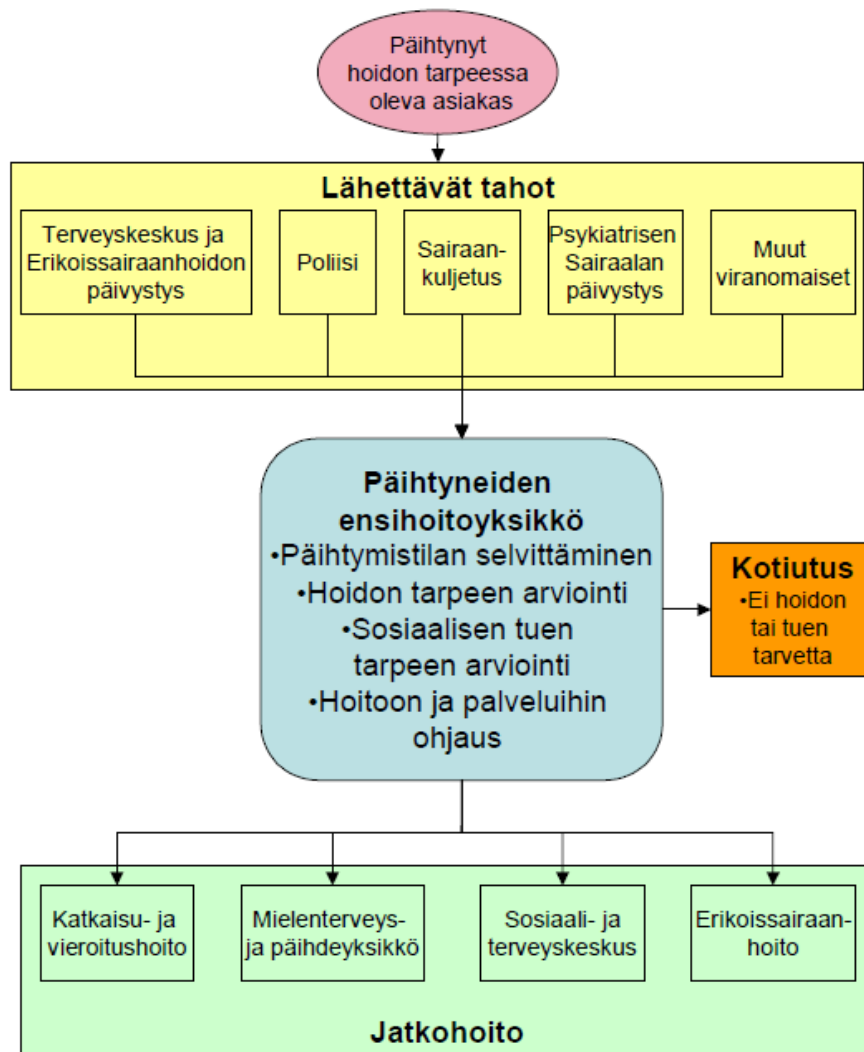
Erikoissairaanhoitolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymällä tulee olla erikoissairaanhoidon järjestämiseksi sairaaloita sekä tarpeen mukaan niistä erillään olevia sairaanhoidon toimintayksiköitä ja muita toimintayksiköitä. Sairaanhoitopiireissä, joiden alueella Helsingin, Turun, Oulun, Tampereen ja Kuopion yliopistot sijaitsevat, tulee olla yliopistollinen sairaala. (Finlex - Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.)

Päihdepalveluilla tarkoitetaan päihteiden ongelmakäyttäjille sekä heidän läheisilleen suunnattua tukea, apua, hoitoa ja kuntoutusta tarjoavia palveluita (Kuussaari 2006, 21). Päihteiden kulutuksen kasvaessa lisääntyy myös päihdepalvelujen tarve nopeasti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön päihdepalvelujen laatusuosituksen mukaan kuntalaisilla on oikeus tasokkaaseen ja tarpeenmukaiseen, oikeaan aikaan toteutettuun päihdehoitoon sekä kuntoutukseen asuinpai-



kasta riippumatta. Kunnan tehtävänä on järjestää asukkaille heidän tarvettaan vastaavia monipuolisia päihdepalveluja aina varhaisvaiheen toteamisesta ja akuuteista päivystyspalveluista pitkäaikaiskuntoutukseen. Päihdehoidon- ja palveluiden lähtökohtana on asiakkaan sekä hänen läheistensä hoidon, avun ja tuen tarve. Päihdepalveluyksiköt kehittävät päihdepalveluja toimimalla yhteistyössä asiakkaiden, heitä edustavien järjestöjen ja vertaistukiryhmien kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

Päihdepalveluja on saatavana sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina, päihdehuollon erityispalveluina ja erityistason sairaanhoitona. Päihdepalveluiden palvelumuotoja ovat avohoito, laitoshoido, kuntoutus ja asumis- ja tukipalvelut. Ensisijaisesti tarjottu päihdepalvelujen muoto on avohuolto, joka tarjoaa muun muassa sosiaalista tukea, katkaisuhoidtoa, ryhmä- ja perheterapiaa sekä kuntoutusta. (STM 2011.) Avohuollon palveluja ovat esimerkiksi terveyskeskukset, työterveyshuolto, koulu- ja opiskelijaterveyshuolto sekä mielenterveys- ja sosiaalitoimistojen antamat palvelut (THL 2011a, 20). Avohuollossa selvitetään myös toimeentuloon ja asumiseen liittyviä kysymyksiä. Laitoksessa tapahtuva kuntoutus on tarpeellista henkilöille, joille avohoidon tarjoamat palvelut eivät ole riittäviä. Katkaisuhoidossa keskeytetään päihteiden käyttö ja hoidetaan päihteistä aiheutuvia haittoja, kuten vieroitusoireita. Hoitoa ja kuntoutusta tukevia palveluita ovat esimerkiksi tuki- ja asumispalvelut, kuten hoitokodit, huoltokodit, palvelutalot, yksittäiset tukiasunnot ja päiväkeskukset. Nämä perustuvat usein vapaaehtoisuuteen ja toimivat luottamuksellisesti. (STM 2011.) Asiakkaat joutuvat monesti liikkumaan kahden palvelujärjestelmän, eli sosiaali- ja terveydenhuollon välillä, jolloin riski pudota palveluiden ulkopuolelle kasvaa (Kekki & Partanen 2008, 24) (Kuva 1.).



Kuva 1. Päihtyneiden ensihoidon ja selviämisaseman toimintamalli (Suoja-Salmi, J. 2009)

#### 4.1 Päihdehuollon erityispalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriön päihdepalvelusuositusten mukaan päihdehuollon erityispalvelujen järjestäminen edellyttää yhteistyötä kuntien välillä, jotta palvelujen laatu ja saatavuus saadaan turvattua (STM 2002). Päihdehuollon erityispalvelut ja niitä täydentävät palvelut on kunnissa ja kuntayhtymissä järjestetty monin eri tavoin. Erityispalveluita hankitaan usein myös ostopalveluina muilta

kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Erityispalveluissa päihdetyö on usein päihdeongelman ja hoidon tarpeen arviointia, terapeutista avohoittoa, vaativaa katkaisuhoidtoa ja kuntoutusta, jälkikuntoutusta sekä asumispalveluiden ja päivätoiminnan järjestämistä. Erityispalveluissa myös ylläpidetään asiantuntijapalveluita sekä konsultoivia palveluita. (Holmberg 2010, 24–25.)

Päihdehuollon erityispalveluita tarjotaan somaattisen erikoissairaanhoidon päihdevuodepaikoilla, psykiatrisen erikoissairaanhoidon päihdeyksiköissä, yksityisen terveydenhuollon tarjoamissa päihdehuollon erityispalveluissa, A-klinikoilla, nuorisoasemilla, katkaisuhoidtoasemilla, ensisuojusta, päiväkeskuksissa sekä avo- ja laitostuntoutusyksiköissä (Holmberg 2010, 24–25). Ympäri vuorokautista hoitoa edellyttäviä yhtäaikaista mielenterveys- ja päihdeongelmia hoidetaan ensisijaisesti päihdeongelmiin erikoistuneessa laitoshoidossa silloin, kun ongelmien hoito ei vaadi mielenterveyslain mukaista tahdosta riippumatonta hoitoa eikä asiakkaalla ole vaativampaa somaattista hoitoa edellyttäviä sairauksia. Mikäli mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivän asiakkaan hoito järjestetään psykiatrisessa osastohoidossa, toteutetaan siellä myös integroidusti päihdesairausten hoito. (Suoja-Salmi 2009, 12.) (Kuva 1.)

## 5 HOITOKETJU

Hoitoketjut ovat kliinisten käytäntöjen alueellisia ja soveltavia toimintaohjeita, jotka on yleisesti hyväksytty (Ketola ym. 2006, 7). Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP) määrittelee hoitoketjun päämääräksi potilaan hoidon laadukkuuden, sujuvuuden sekä tarkoituksenmukaisuuden yli organisaatiorajojen. Hoitoketjun tavoitteena on sopia yhdessä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, yksityissektorin sekä tarpeen mukaan esimerkiksi Kelan ja kunnan sosiaalitoimen kesken siitä miten tietyn potilasryhmän hoito järjestetään alueellisesti. (Holmberg-Mattila 2012, 2.) Vastuu jakautuu yleensä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Käytännössä vastuu jakautuu näiden kesken eri tavalla riippuen siitä, kenen päätökset ovat ratkaisevia kulloinkin hoidon kannalta. Tähän vaikuttaa myös missä potilaan asiaa käsitellään ajallisesti eniten. Esimerkiksi kertaluonteisten toimenpiteellisten hoitojen ja tutkimustarpeiden tapauksissa säilyy pitkäaikainen hoitovastuu perusterveydenhuollossa, vaikka lähete olisi siirtänyt osan hoitovastuuta erikoissairaanhoitoon. Puhuttaessa monisairaista ja moniammatillista kuntoutusta tarvitsevista potilaista, on tärkeää, että esimerkiksi yleislääkäri hallitsee hoidon kokonaisuuden ja kykenee koordinoimaan tapahtumia potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. (Ketola ym. 2006, 7.)

Hoitoketju yhtenäistää ja kehittää hoitokäytäntöjä, uudistaa terveydenhuollon toimintaa, selkiyttää hoidon porrastusta ja välttää päällekkäistä toimintaa. Hoitoketjun tavoitteena on myös lisätä eri organisaatioiden ja ammattiryhmien ymmärrystä toistensa työstä ja parantaa tiedon kulkua heidän välillään. Lisäksi hoitoketjut lisäävät yhteistyötä ja kehittävät moniammatillista toimintatapaa terveydenhuollossa. Ne myös tukevat yksittäistä työntekijää päätöksenteossa. (Holmberg-Mattila 2012, 2.)

## 5.1 Esimerkki päihdepotilaan hoitoketjusta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä päihdepotilaan hoitoketjun tavoitteena on motiivoida, tukea ja sitouttaa asiakasta päihteettömyyteen ja tukea asiakkaan elämänhallintaa. Hoidon tavoitteena on löytää päihdeongelmallisille sopivat päihdehoitopaikat ja yhteistyötahot. Asiakasta, omaisia ja eri toimijoita tuetaan yhteistyöhön selkiyttämällä seudullisesti yhteiset tavoitteet ja säännöt. Yleisiä periaatteita kaikissa hoitoketjun vaiheissa on avoin dialogi, yksilöllinen tilanteen arviointi, elämäntilanteen muutosten huomiointi, terveydentilan ja päihderiippuvuuden arvioiminen sekä aiemmin käytettyjen keinojen ja palveluiden arviointi. Lähtökohtana on suunnitelmallisuus, tavoitteiden asettaminen ja seuraaminen yhdessä asiakkaiden kanssa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Alkuvaiheen selvityksessä arvioidaan voidaanko hoito toteuttaa avohoidossa vai tarvitaanko laitoshoidoa. Myös hoidon tarve tarkennetaan arvioinnin perusteella, esimerkiksi tarvitseeko asiakas vieroitushoitoa, psykiatrista vai somaattista hoitoa. Hoidon tarpeen arvioinnissa huomioidaan myös aikaisemmat hoidot ja niistä saatu hyöty, hoidon kiireellisyys sekä muut diagnoosit, kun valitaan oikeaa hoitomuotoa tai -paikkaa päihdehuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (PSHP 2009.)

Ensiapuun (Acuta) tuodaan erikoissairaanhoitoa tarvitseva potilas, jolla on häiriö peruselintoiminnoissa tai sellaisen uhka. Tällaisia voivat olla esimerkiksi alkoholimyrkytys, lääke- tai huumausaineyliannos tai vakava itsemurhayritys. Myös akuutti psykoosi, sekavuus, itsemurhavaara tai keskivaikea tai vaikea vieroitustila ovat syitä lähettää potilas ensiapuun. Ensiavussa potilaita ei kirjata suoraan psykiatrille, vaan ensin somaattiselle erikoisalalle välittömän hoidon tarpeen mukaisesti. Kiireellistä mielenterveys- ja päihdehoitoa tarvitsevat potilaat on toimitettava nopeasti hoitoketjun määrittelemään jatkohoitopaikkaan. (PSHP 2010a.)

Pankreatiittipotilailla tyypillisin oire on hiljalleen alkanut, vyömainen ylävatsakipu. Akuutisti huonokuntoinen potilas lähetetään suoraan päivystysluontoisesti

Tampereen yliopistolliseen keskussairaalaan (TAYS). Lievät pankreatiitit voidaan hoitaa kotona, terveyskeskuksissa tai aluesairaaloissa. Epäselvissä tilanteissa saattavat lisätutkimukset olla tarpeen ja ne voidaan tehdä avoterveydenhuollossa. Tietokone- ja magneettikuvaukset tehdään kuitenkin erikoissairaanhoidossa. (PSHP 2010b.)

Asiakkaan kliininen tila arvioidaan tekemällä esimerkiksi laboratoriokokeita, päihdeseuloja ja erilaisia arviointimittareita, kuten AUDIT (alkoholin kulutuksen arviointi), SADD (alkoholiriippuvuuden voimakkuuden arviointi), SDS (huumausaineen riippuvuuden mittaaminen) ja BDI (depressio-oiremittari). Asiakkaan tilanteen kartoittamiseksi selvitetään asiakkaan päihdehistoria, käytettävissä olevat palvelut ja motivaatio kuntoutukseen. Tiedot kootaan kuntoutussuunnitelmaa varten. (PSHP 2009.)

Jokainen gastroenterologinen potilas saa päihdelomakkeen täytettäväksi. Hoitava lääkäri ja hoitaja keskusteleval tämän jälkeen potilaan päihteiden käytöstä ja siihen liittyvistä riskeistä. Hoitaja ja sosiaalityöntekijä kartoittavat yhdessä potilaan elämäntilannetta ja motivoivat potilasta jatkohoitoon. Päihdepsykiatrian poliklinikan hoitaja tapaa somaattisella osastolla ne päihdepotilaat, joiden päihdehoidon käynnistäminen vaatii tehostettua interventioita. Psykiatripäivystäjä kutsutaan arvioimaan kiireelliset potilaat, kuten psykoottiset, vakavasti masentuneet, lääkityksen tarpeessa olevat ja itsemurhavaarassa olevat potilaat. Tarvittaessa TAYS:n sosiaalityöntekijä tai hoitaja ottaa yhteyttä terveyskeskuksessa työskentelevään päihdehoitajaan päihdehoidon jatkohoidon järjestämiseksi ja kontrolliajan varaamiseksi. (PSHP 2010b.)

Erikoissairaanhoidoa tarvitaan kun psyykkinen, fyysinen tai sosiaalinen tila heikenee tai päihdehäiriö vaikeutuu eivätkä avohoidon tukitoimet tai terveyskeskuksen vuodeosastohoito riitä. Jos hoito vaatii somaattisen voiminnan seuranta tai hoitoa, hoidetaan potilas Valkeakosken aluesairaalassa tai TAYS:ssa. Psykiatrinen erikoissairaanhoido toteutetaan pääosin Kaivannon sairaalassa tai TAYS:n päihdepsykiatrisella osastolla (APS5). APS5:llä voidaan toteuttaa esimerkiksi katkaisu- ja vieroitushoitoa, jossa tarvitaan erityistä psyykkistä tai somaattista seuranta. Osastolla hoidetaan ja ehkäistään myös deliriumeja. Kaikki

akuutit psyykkiset häiriöt ja niihin liittyvät tutkimukset, diagnosoinnit ja lääkehoidon arvioinnit hoidetaan osastolla. Kaivannon sairaalassa toteutetaan kuntouttavia hoitojaksoja, kun potilaalla on yhtäaikainen mielenterveys- ja päihdeongelma tai potilaan oltua katkaisu- tai vieroitushoidossa. Lisäksi TAYS:ssa tehdään työ- ja toimintakyvyn sekä perhetilanteen selvittelyjä ja arviointeja, joihin osallistuu moniammatillinen työryhmä. Osastohoitojakson aikana suunnitellaan ja käynnistetään mahdollisuuksien mukaan avohoitokontaktit hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon avohoidon muotona toimii TAYS:n päihdepsykiatrian poliklinikka (PPSY), jonne asiakkaat ohjataan lähetteellä. Päihdepsykiatrian poliklinikka tekee moniammatillisia verkostokeskeisiä tutkimuksia ja arvioi asiakkaan hoidon tarvetta. (PSHP 2009.)

## 5.2 Esimerkki päihdepotilaan hoitoketjusta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

Perusterveydenhuollolla on keskeinen merkitys päihdeongelmien toteamisessa, motivoimisessa sekä hoidon aloittamisessa niin varhaisessa vaiheessa kuin mahdollista. Päihdeongelma on yleensä vaikea tunnistaa ja epäillessä päihdeongelmaa tulisikin suorittaa tarvittavia laboratoriotutkimuksia ja puhallustestiä sekä huumeeseulaa. Päihtymystilan ollessa oleellinen osa hoitomotivaatiota, onnistuu hoidon aloitus vain harvoin. Akuutit hätätilanteet tulisi kuitenkin selvittää heti. Jos päihtynyt on sekava, tarvitsee hän akuuttia selvittelyä, koska henkeä uhkaavat aivoprosessit ovat tällöin mahdollisia. Lisäksi itsemurhariski on otettava huomioon. Sekavuuden taustalla mahdollisesti olevat somaattiset syyt on suljettava pois. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Erityisosaamista vaativien päihdepotilaiden hoitoa koskeva alkuarviointi sekä hoitoketjun järjestäminen suoritetaan psykiatrian poliklinikalla. Hoidon aloitus arvioidaan psykiatrian poliklinikalla, mikäli perusterveydenhuollolla ei ole edellytyksiä itsenäiseen vieroitus- ja korvaushoidon aloittamiseen. Myös kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaiden hoidon arviot suoritetaan psykiatrian poliklinikalla. Psykiatrian poliklinikka arvioi potilaan hoidon tarvetta myös tapauksissa joissa

hoito edellyttää yhteistyötä lääketieteen erikoisalojen välillä, esimerkiksi jos potilaalla on HIV (human immunodeficiency virus). (PPSHP 2012.)

Osastohoitoa vaativat vaikeat vieroitushoidot. Näitä ovat esimerkiksi opiaatti- tai amfetamiiniriippuvaisten laitostvieroitukset ja ne voidaan toteuttaa psykiatrian klinikan osastolla, Kiviharjun kuntoutumisklinikalla ja myös yksityisissä kuntoutumislaitoksissa. Osastohoitoa vaativia tilanteita ovat myös päihdedeliriumit, kuten esimerkiksi delirium tremens ja bentodiatsepiinien vieroitusdelirium. Näiden hoito tapahtuu pääsääntöisesti Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) tarkkailuosastolla tai psykiatrian osastolla. Huumepsykoosit ja muut vastaavat psykoottiset tilanteet hoidetaan myös psykiatrian osastolla. (PPSHP 2012.)

Alkoholin avokatkaisuhoito tapahtuu normaalisti terveyskeskuksissa ja A-klinikalla. Jos tilanne on vaikeampi, hoidetaan potilas Oulun päihdeklinikalla tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. (PPSHP 2012.)

### 5.3 Esimerkki opioidiriippuvaisten korvaushoidon hoitoketjusta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä

Hoitoketjun tavoitteena on keskittää potilaan alkuarviointi ja hoitoon lähettäminen opioidiriippuvaisten hoitoon perehtyneille yksiköille sekä yhtenäistää korvaushoitokäytäntöjä Pirkanmaalla. Avoterveydenhuollon, esimerkiksi terveyskeskusten tehtävänä on tehdä alkuarviointi silloin, kun potilas hakeutuu päihdeongelman vuoksi vastaanotolle tai, kun potilas on jo yrittänyt vieroittautua opioideista aikaisemmin siinä kuitenkaan onnistumatta tai, kun todetaan ettei potilas tule vieroittautumaan huumeidenkäytöstä muilla hoitokeinoilla kuin korvaushoidolla. Alkuarvioinnin tekee päihdeongelmaisten hoitoon perehtynyt lääkäri. Arvioinnissa ensisijaista on kartoittaa potilaan sen hetkinen elämäntilanne ja päihdeiden käyttö haastattelun sekä laboratoriotutkimusten avulla. Arvioinnin perusteella tehdään lähete TAYS:n päihdepsykiatrian poliklinikalle opioidiarviointia varten. (PSHP 2012.)



Päätös opioidikorvaushoidon aloittamisesta tehdään TAYS:n päihdepsykiatrian poliklinikalla. Jonotusaika määräytyy potilaan asuinkunnan sekä hoitopaikkatilanteen ja hoitopäätöksen mukaan. Jonotusajan lopussa tehdään potilaan hoitopaikasta lähete korvaushoidon aloitusjaksolle joko Pitkäniemen sairaalan päihdepsykiatrian osastolle tai Kaivannon sairaalaan osasto 2:lle. Kyseessä on suljettu osastohoitojakso ja hoitoa edeltää polikliininen hoidonsuunnittelukäynti. Hoidon kesto on potilaasta riippuen noin 2–4 viikkoa. Ennen potilaan siirtymistä jatkohoitoon pidetään siirtopalaveri. (PSHP 2012.)

Jatkohoito tapahtuu avohoidossa A-klinikkasäätiön K-klinikalla, Tampereen kaupungin Päiväperhossa tai oman alueen terveyskeskuksessa. Jatkohoitopaikassa potilas käy säännöllisesti hoitokäynneillä tai osallistuu ryhmätoimintaan. Potilaan lääkkeet jaetaan valvotusti ja päihteettömyyttä seurataan jatkuvasti huumeseulan ja alkometrin avulla. Potilaalle tehdään jatkohoidossa myös psykososiaalinen kuntoutussuunnitelma ja hänelle järjestetään omahoitajakäynnit ja lääkärin vastaanottokäynnit säännöllisesti. (PSHP 2012.)

Jos korvaushoidossa oleva potilas joutuu osastohoitoon somaattiseen sairaalaan, tulee potilaan korvaushoidon jatkuminen turvata. Korvaushoitolääkityksen tulee jatkua normaalisti. Kivunhoidossa tulee ottaa huomioon lääkkeiden yhteisvaikutukset. Hoitopaikkaan on ilmoitettava myös ne käytetyt lääkeaineet, jotka saattavat näkyä positiivisena potilaan huumeseulatestissä. (PSHP 2012.)

## 6 PÄIHDE- JA PÄIHDEMYRKYTYSBOTILAAT ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan hoidon kulkuun liittyy olennaisesti päivystyspoliklinen toiminta. Terveystenhuollon päivystyspisteeseen tuodun tai sinne hakeutuneen päihtyneen henkilön hoidon tarve arvioidaan kliinisen kokonaistilanteen perusteella, sillä päihtymyksen lisäksi on tyypillistä, että potilaalla on samanaikaisesti somaattisia, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. (STM 2006, 14.) Päihtyneiden käyttäjällä voi olla erilaisia somaattisia oireita, kuten rytmihäiriön tunteita, tapaturmia, kiputiloja ja infektioita. Tällöin itse aineiden käyttö ei ole syy päivystykseen hakeutumiseen, vaan päihtyneiden käyttäjä voi hakeutua päivystykseen päästökseen katkaisuhoidon. Päihtyneiden käyttäjä voi myös olla aineista niin sekaisin, että hän pyrkii vain löytämään turvallisen ympäristön. Päihdepotilaat, jotka saapuvat päivystykseen ensihoidon kautta ovat useimmiten yliannostuksen ottaneita tai tapaturmaisesti loukkaantuneita. (Koponen & Sillanpää 2005, 382.) Päihtyneelle annetaan tarvittava ensiapu viivytyksettä ja samalla arvioidaan muun päivystyksellisen hoidon tarve, laatu sekä kiireellisyys. Lisäksi tehdään tarvittavat tutkimukset, kuten somaattinen tutkimus, laboratorio- ja radiologiset selvitykset. Tuleva jatkohoitopaikka valitaan kiireisintä hoitoa vaativan sairauden mukaan. Päihtymys vaikeuttaa psykiatrisen häiriön arvioimista. Jos ensisijainen hoidon tarve on mielenterveydellisistä syistä johtuvaa, on välittömässä psykiatrisen arvion tai hoidon tarpeessa oleva potilas otettava vastaan päihtymystilasta huolimatta. (STM 2006, 14, 16–17.) Haastattelu ja potilaalta suoraan kysyminen on paras tapa tunnistaa päihtyneiden käyttäjä. Haastattelun tavoitteena on selvittää syy potilaan päivystykseen tuloon, tämänhetkinen päihtyneiden käyttö ja käyttötavat. (Koponen & Sillanpää 2005, 384–385.)

### 6.1 Alkoholin käyttäjän tulosyyt ja hoito

Vuonna 2010 kirjattiin terveydenhuollon vuodeosastoilla 22 889 hoitojaksoa, joissa päädiagnoosina oli alkoholisairaus ja 33 568 hoitojaksoa, joissa se oli

pää- tai sivudiagnoosina. Enemmistö alkoholisairauksien vuoksi vuodeosastoilla hoidetuista oli miehiä (79 %). Alkoholisairauksien vuoksi eniten hoidettiin 45–64-vuotiaita (60 %). Kaikista päihdehoitojaksoista alkoholisairauksien hoitojaksot muodostavat noin neljä viidestä. (THL 2011a, 21.)

Jos alkoholisairauksia tarkastellaan maakunnittain, hoidettiin alkoholisairauksia vuonna 2009 terveydenhuollon vuodeosastoilla eniten Pohjois-Karjalassa ja Pohjois-Savossa. Suurin osa terveydenhuollon vuodeosastoilla hoidetuista alkoholisairauksista liittyy alkoholista johtuviin käyttäytymisen häiriöihin ja elimellisiin aivo-oireyhtymiin (ICD-10 koodiluokka F10). Nämä voidaan jakaa kolmeen ryhmään: alkoholin aiheuttama päihtymistila, alkoholiriippuvuus sekä alkoholin aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja muut käyttäytymishäiriöt. Päihtymistila oli vuonna 2009 päädiagnoosina 5004 potilaalla, alkoholiriippuvuus 4110 potilaalla sekä alkoholin aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä 4432 potilaalla. (THL 2011c, 5.)

Alkoholin käytöstä aiheutunut maksasairaus on ollut toiseksi yleisin alkoholisairauspäädiagnoosi vuodesta 2005 lähtien terveydenhuollon vuodeosastoilla. Alkoholimaksasairausdiagnoosi oli päädiagnoosina 1565 potilaalla vuonna 2009. Kolmanneksi yleisin alkoholisairausryhmä on alkoholista johtuvat haimasairaudet. Alkoholihaimasairausdiagnoosi oli päädiagnoosina vuonna 2009 1434 potilaalla (THL 2011c, 5.) Sandin ym. (2009) tutkimuksessa selvitettiin THL:n ja Alkon tilastojen perusteella alkoholin kulutuksen yhteyttä suomalaisten akuutin alkoholipankreatiitin ja maksakirroosin vuoksi tulleiden sairaalahoitoihin. Tutkimuksesta selvisi, että molemmat sairaudet olivat yhteydessä alkoholin kulutukseen ja, että sairaalahoidot näiden sairauksien vuoksi ovat kasvaneet merkittävästi aikavälillä 1987–2007. Vuosina 2002–2007 sairaalahoidot olivat kuitenkin näyttäneet kääntyvän laskuun huolimatta alkoholin kulutuksen kasvusta.

Syöpäsairaudet ovat myös yhteydessä alkoholin ongelmakäyttöön. Erityisesti ruuansulatuskanavan syöpien riski lisääntyy suhteessa alkoholinkulutukseen. Alkoholin liiallinen käyttö voi aiheuttaa myös alkoholiepilepsiaa, aivoverenvuotoa ja dementiaa. Alkoholiongelmainen saattaa kärsiä myös kardiomyopatiasta ja eteisvärinästä. Jo 2–4 päivittäistä annosta lisää takyarytmioita. Näiden

lisäksi alkoholin ongelmakäyttäjät kärsivät myös iho-ongelmista, kohonneesta verenpaineesta, kihdistä sekä hypoglykemiasta. (Käypä hoito 2011 – Alkoholi-ongelman hoito.) Alkoholin on todettu myös vaikuttavan ihmisen puolustus-kykyyn infektioita vastaan. Huomattava osa alkoholistien kuolleisuudesta joh-  
tuukin lisääntyneestä kuolleisuudesta erilaisiin infektio-  
tauteihin. Alkoholismiin usein liittyvä elinolojen huonontuminen on niin ikään yhteydessä infektio-  
tautien, kuten keuhkokuumeen, hepatiittien, sukupuolitautilien ja tuberkuloosin leviämi-  
seen. (Salaspuro ym. 2003, 386–391.)

Alkoholiongelma kietoutuu usein mielenterveysongelmiin. Masennuspotilaista 10–30 %:lla on samanaikaisesti myös alkoholiongelma ja alkoholista riippuvai-  
sista 30–60 %:lla on merkittävä depressio. Potilas saattaa lievittää masennus-  
taan alkoholilla, joka saattaa johtaa mielenterveysongelmiin ja ongelmien hoi-  
toon käytetyt lääkkeet voivat aiheuttaa edelleen riippuvuutta. (Käypä hoito 2011  
– Alkoholiongelman hoito.) Alkoholi saattaa provosoida psykoottisia häiriöitä,  
jotka esiintyvät alkoholin käytön aikana tai muutaman viikon kuluessa sen jäl-  
keen, mutta eivät yksinomaan selity äkillisestä päihtymystilasta, eivätkä myös-  
kään ole vieroitusoireita (Salaspuro ym. 2003, 183). Alkoholiongelman psy-  
kykkiset oireet, kuten unettomuus, ahdistuneisuus, psykoottisuus, masennus  
ja erilaiset persoonallisuushäiriöt on diagnosoitava ja hoidettava erittäin huolelli-  
sesti alkoholiongelman rinnalla. Samanaikaisten mielenterveyshäiriöiden luotet-  
tava diagnosointi edellyttää neljän viikon raitista jaksoa. (Käypä hoito 2011 –  
Alkoholiongelman hoito.) Runsaan alkoholinkäytön on myös todettu lisäävän  
kaksoisdiagnoosipotilaiden itsemurhariskiä (Salaspuro ym. 2003, 187).

Vieroitusoireet voivat olla yksi hoitoon hakeutumisen syy. Alkoholista johtuvat  
vieroitusoireet ilmaantuvat pitkään jatkuneen alkoholinkäytön lopettamisen jäl-  
keen. Lieviä vieroitusoireita ovat levottomuus, hikoilu, vapina, unettomuus ja  
ärtyisyys. Erotusdiagnostiikassa on otettava huomioon hypoglykemia, keuhko-  
kuume, maksakooma, meningiitti ja kallovamman. Vaikea vieroitusoireyhtymä on  
delirium. Oireina ovat autonominen ja psykomotorinen hyperaktiivisuus, kuten  
takykardia, vapina, hikoilu ja levottomuus. Tilaan liittyvät myös puhevaikeudet  
sekä hallusinaatiot. Tila saattaa olla jopa hengenvaarallinen. Vieroitusoireiden

ja deliriumin hoidossa tehokkaimpia lääkkeitä ovat bentsodiatsepiinit ja tiamiini. (Käypä hoito 2011 – Alkoholiongelman hoito.) Alkoholin aiheuttamaa vieroitusdeliriumia hoidetaan usein somaattisella päivystysosastolla, jossa on mahdollisuus myös röntgen- ja laboratoriotutkimuksiin (Salaspuro ym. 2003, 190).

Alkoholin vuoksi hoitoon hakeutuneen tai tuodun potilaan hoito alkaa haastattelulla. Haastattelussa tärkeintä on avoin ja kannustava ilmapiiri. Terveystieteiden piiriin potilaan tuo usein jokin fyysinen syy, kuten kohonnut verenpaine, sydämen rytmihäiriö, vatsaoireet tai psyykkinen oire, kuten ahdistuneisuus tai masennus. Haastattelu aloitetaan avoimilla kysymyksillä sekä kysytään myös lääkkeiden ja huumeiden käytöstä. Lisäksi selvennetään alkoholin käytön taajuutta, juomien määrää ja käytettyjä alkoholilajeja. On tärkeää kartoittaa myös muita alkoholinkäyttöön liittyviä seikkoja, kuten työpoissaoloja. Haastattelun tukena voidaan käyttää strukturoituja kyselyjä tarkentamaan ja helpottamaan haastattelua. Kliininen tutkimus antaa hyvin viitteitä mahdollisesta alkoholin ongelmakäytöstä. Alkometriä voi käyttää vastaanotolla täsmentämään tilannetta. On hyvä myös tunnistaa alkoholin riskikäyttöön sopivia kliinisiä löydöksiä, kuten nopea, epäsäännöllinen syke, eteisvärinä, kohonnut verenpaine, ahdistus, levottomuus, hikoilu, luunmurtumat, palovammat, naarmut, ihottuma sekä huono suuhygieniä. Yhteisymmärryksessä potilaan kanssa voidaan teettää laboratoriokokeita. (Käypä hoito 2011 – Alkoholiongelman hoito.)

Alkoholiongelman potilaan katkaisuhoidolla tarkoitetaan pitkään jatkuneen ja runsaan alkoholinkäytön lopettamista hoitotoimien tukemana. Alkoholinkäyttäjä tarvitsee katkaisuhoidon silloin, kun käytön jatkaminen entisellä tavalla vaarantaa hänen somaattisen, psyykkisen tai sosiaalisen terveyden. (Salaspuro ym. 2003, 203.)

Psykososiaalinen hoito on merkittävä osa alkoholiongelman hoitoa. Tärkeää on hoidon jatkuvuus, hyvä yhteistyö sekä potilaan motivoiminen hoitoon. Keskeistä hoidossa on tiedon antaminen, keskustelu ja toiminta niin yksilö-, ryhmä-, pari-, perhe-, tai ryhmäterapien muodossa. Mahdolliseen lääkehoitoon sitoutuminen on yksi tärkeä tavoite. Usein avohoito riittää alkoholiongelman hoitoon.

toon. Silloin eri hoitopaikat toimivat usein yhteistyössä. Laitoshoidon tarve tulee arvioida yksilöllisesti. (Käypä hoito 2011 – Alkoholiongelman hoito.)

Alkoholiriippuvuuden hoidossa lääkehoito on aikaisemmin kohdistunut pääsääntöisesti vieroitusoireiden hoitoon. On kuitenkin osoitettu, että alkoholiriippuvuus on biologinen sairaus, johon voidaan vaikuttaa lääkeshoidolla. Alkoholiriippuvuuden hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden pitäisi heikentää juomistarvetta sekä estää alkoholiin kytkeytyvät ehdollistumisvaikutukset. Lääkkeellä olisi hyvä olla mahdollisimman vähän psyykkisiä ja somaattisia haittavaikutuksia. Tehokkaimmiksi osoitetut alkoholivieroitushoidossa käytettävät lääkkeet ovat bentsodiatsepiinit sekä disulfiraami (Antabus). (Salaspuro ym. 2003, 249.)

Alkoholin suurkuluttajalle saattaa ilmentyä ennemmin tai myöhemmin tarve lievittää lisääntyntä ahdistusta, unihäiriöitä ja fyysisiä vieroitusoireita erilaisilla lääkkeillä. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttäjällä ilmenee vastaanottotilanteissa lääkehakuista käyttäytymistä ja myös lääkkeiden käytön sivuvaikutukset ja vieroitusoireet saattavat olla nähtävissä. (Salaspuro ym. 2003, 446–447.) Vastaanotolla sekakäyttäjältä saattaa olla lisäksi havaittavissa päihtymystila, muistihäiriöitä, estojen höltymistä, arvaamatonta ja aggressiivista käyttäytymistä. Sekakäytön hoidon perustana ovat tilan vaikeusasteen arviointi ja oikea diagnoosi. Potilas lähetetään päivystyspoliklinikalle, katkaisuhoidon tai selviämisasemalle. Tyypillisin sekakäyttäjä on alkoholin ja bentsodiatsepiinien käyttäjä, jolla ilmenee usein myös kouristuksia. (Käypä hoito 2011 – Alkoholiongelman hoito.) Jos akuutti vieroitushoitoa vaativa alkoholi-lääkekierre jää diagnosoimatta, on tapaturmaisen myrkytyskuoleman tai muun tapaturmaisen kuoleman riski suuri. Osastohoidossa lääkeriippuvuusongelma paljastuu yleensä pian, kun potilas alkaa vaatia lisälääkitystä. (Salaspuro ym. 2003, 446–451.)

Suuri osa alkoholiongelmaisista hakeutuu aluksi joko terveyskeskukseen tai somaattiseen sairaalaan (Käypä hoito 2011 – Alkoholiongelman hoito). Terveystieteidenhuollossa on käytössä mini-interventiotoiminta. Mini-interventiolla tarkoitetaan varhaiseen alkoholin suur- tai riskikulutukseen kohdistettua neuvontaa sekä juomiseen liittyvää seurantaa. Mini-interventio on tehokas tapa ehkäistä sekä vähentää alkoholihaittoja. (STM 2004.)

Yhteydet päihdehuollon erityishoitoon on hyvä tuntea. Somaattisen terveydenhuollon, psykiatrisen sairaanhoidon sekä päihdehuollon erityisyksiköiden yhteistyön tulee olla mahdollisimman saumatonta, jotta hoitovastuu potilaasta ei pirstaloidu. Yhteistyön tulee toimia kaikkiin suuntiin. (Käypä hoito 2011 – Alkoholi-ongelman hoito.)

## 6.2 Huumeiden käyttäjän tulossyyt ja hoito

Vuonna 2010 kaikkien sairaaloiden vuodeosastoilla rekisteröitiin 6 467 hoitojaksoa, joissa huumausaineisiin tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus oli päädiagnoosina ja 9 599 hoitojaksoa, joissa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Kaikkien huumehoitojaksojen määrä on viidessä vuodessa kasvanut noin 10 %. Vastaavalla aikavälillä asiakkaiden määrä on kasvanut vain 2 % ja hoitovuorokausien määrä vähentynyt 8 %. Huumeriippuvuuden hoitoon eli katkaisuhoidon käyttöön noin puolet (17 077 hoitovuorokautta) kaikista sairaaloiden huumehoitoon vuodeosastohoidon vuorokausista kuten aiempinakin vuosina. Huumepäihtymyksen vuoksi hoitoon tulleiden hoitojaksot ovat myös olleet viime vuosina lievässä kasvussa. (THL 2011b, 92.)

Huumeiden käyttö altistaa monille somaattisille ja psyykkisille sairauksille (STM 2001, 21). Huumeiden käyttäjän voi tuoda hoitoon infektio, tapaturma, gastrointestinaaliset eli vatsan alueen vaivat, kardiovaskulaariset eli sydämen ja verenkierron ongelmat, unettomuus, psykoottisuus sekä myrkytys- tai vieroitusoireet. Eri huumausaineilla on erilaisia vaikutuksia, mutta tavallisimpia ovat levottomuus, raukeus, pistosjäljet sekä laajat tai toisaalta pienet pupillit. Aggressiivisuus ja vainoharhaisuus ilman aiempaa psykiatrista oireilua ovat usein myös merkki huumeiden käytöstä. Huumeiden käytöstä viestittää myös päihtymys ilman alkoholia. (Käypä hoito 2006 – Huumeongelman hoito.) Valvotun huumeeseulan (U-Huum-O) tutkiminen tulotilanteessa ja tarvittaessa myöhemminkin kuuluu hoitoon, mutta sen saa tehdä ilman potilaan lupaa vain, jos kyseessä on vakavan taudin tai myrkytyksen erotusdiagnoosista tai hoidosta. Näytteet ote-

taan kuitenkin aina, kun poliisi epäilee liikennejuopumusta ja pyytää niitä. (Elo-nen ym. 2006, 495; Käypä hoito 2006 – Huumeongelman hoito.)

Huumeiden käyttäjien sairastavuuteen on useita syitä. Yleisimmät terveyshaitat ovat pistoskohtien ja pehmytosien infektiot, sillä suonensisäisiä huumeita pistet-täessä ei aseptiikka ole aina paras mahdollinen. Olosuhteet saattavat olla epä-hygieniset, steriilejä neuloja ja ruiskuja ei aina ole saatavilla ja välineiden yh-teiskäyttö etenkin parisuhteessa on yleistä. Huumeiden sisältämät epäpuhtau-det ja lisäaineet voivat myös itsessään aiheuttaa erilaisia sairauksia, kuten al-lergisia reaktioita ja suonitulehduksia. Bakteereja voi päästä verenkiertoon joko likaisten pistosvälineiden kautta tai infektoituneesta pistospaikasta, josta saat-taa henkilölle kehittyä verenmyrkytys eli sepsis. Sepsistä voi seurata sydämen sisäkalvon ja sydänläpän tulehdus eli endokardiitti, joka vaatii monien viikkojen vuodeosastohoitoa. (STM 2001, 21–22, 24.)

C- ja B-hepatiitti sekä HIV ovat huumeiden käyttäjillä yleisiä veriteitse tarttuvia virusinfektiosairauksia. Hepatiittien hoito on yhteiskunnalle kallista ja hoitotulok-set huonoja, eikä hoitoa voi aloittaa ennen kuin päihdeongelma on hallinnassa. B-hepatiitti ja HIV tarttuu verialtistuksen lisäksi myös sukupuoliyhdyntänsä sekä äidistä lapseen. B-hepatiittia voidaan ennaltaehkäistä rokotteella, jota suositel-laan kaikille huumeiden käyttäjille. Ensimmäisiä HIV:n immuunipuolustuksen heikkenemisen oireita ovat muun muassa keuhkokuume, vyöruusu tai suun hii-vatulehdus. Osalle hoitamattomista C- ja B-hepatiitin sekä AIDS:n kantajista voi kehittyä vuosien kuluessa maksakirroosi, maksasyöpä tai muu vakava maksa-sairaus. (STM 2001, 24–27.) Suonensisäisen huumeidenkäytön välityksellä levinneiden HIV-tapausten määrä on ollut laskussa 2000-luvulla ja kaikista HIV-tartunnoista alle 10 % tapahtui suonensisäisen huumeiden käytön välityksellä. C-hepatiitti sen sijaan on hyvin yleinen; joka toinen suonensisäisten huumeiden käyttäjä on HCV-positiivinen. (THL 2011b.)

Huumeiden käyttäjien mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen on hieman ongel-mallista, sillä sama oirekuva voi esiintyä sekä päihteenkäytön aiheuttamana, eli joko päihtymistilana tai vieroitusoireisiin liittyvänä, tai erillisenä mielenterveys-häiriönä. Huumeiden käyttö voi toimia itsehoitona mielenterveysongelmiin ja



joskus huumeiden käytöllä ja mielenterveysongelmilla on jokin yhteinen taustatekijä, joka vaikuttaa molempien häiriöiden syntyyn. Tutkimukset osoittavat, että ahdistuneisuus-, tarkkaavaisuus-, ja käytöshäiriöt sekä traumaperäiset stressihäiriöt edeltävät yleensä huumeriippuvuutta, kun taas mielialahäiriö ja psykoottiset häiriöt puhkeavat usein huumealtistuksen myötä. Väkivaltainen käyttäytyminen on yleisempää huumeiden käyttäjillä kuin muilla mielenterveyspotilailla. (STM 2001, 28–29.)

Huumeiden käytöstä johtuvia neurologisia seurauksia ovat muun muassa tasapaino- ja koordinaatiohäiriöt, neuropsykologiset tasonlaskut sekä välittäjäainereseptoritason vauriot. Psykoosi ja delirium ovat yleisiä amfetamiinin pitkäaikaiskäytön seurauksia. Amfetamiini, kokaiini ja crack kohottavat verenpainetta ja provosoivat siten aivoinfarkteja, aivoverenvuotoja ja subaraknoidaalivuotoja (SAV). Kokaiinin on osoitettu myös aiheuttavan aivoatrofiaa. Useat aivokomplikaatiot voivat johtua heroiniin lisätyistä lisäaineista ja epäpuhtauksista. Ekstaasi kiihdyttää sympaattisen hermoston toimintaa, mikä aiheuttaa verenpaineen nousua, takykardiaa ja lämmönsäätelyn häiriöitä. Kardiovaskulaarisen kuormituksen lisääntyessä myös kudosten ja aivojen hapensaanti heikkenee. Kannabis aiheuttaa kognitiivisen kapasiteetin heikkenemistä ja vaikuttaa alenevasti lyhytkestoiseen muistiin. Kannabis voi myös laukaista aivoinfarktin ja sen on todettu pahentavan skitsofrenian oireita. (STM 2001, 29–30.)

Amfetamiini aiheuttaa ruokahalun vähenemistä ja sen seurauksena ravitsemustilan puutokset ovat tavallisia. Opiaattien käyttö aiheuttaa ripuliummetuskierteen, jolloin seurauksena voi olla vatsahaava. Huumeiden polttamisen seurauksena hengitystiet ärsyntyvät, josta seuraa erilaisia hengitystieinfektioita ja keuhkojen vajaatoimintaa. (STM 2001, 31.)

Huumeiden käyttöä tavataan usein myös erilaisissa tapaturmissa, kuten ampu- ma-aseen tai teräaseen aiheuttamissa vammoissa, luunmurtumissa ja palo- ja paleltumavammoissa. Huumeiden käyttö on yhteydessä myös monien sairauksien, kuten sukupuolitautilien ja tuberkuloosin leviämiseen. (STM 2001, 31–32.)

Yleensä huumeiden käyttäjän vieroitusoireet ovat selkeitä. Masennus, unihäiriöt, ahdistuneisuus, levottomuus, apatia, väsymys ja erilaiset fyysiset oireet, kuten sydämen tykytys ovat tyypillisiä, ja ne voivat kestää viikkoja. Vieroitusoireinen potilas voi myös kärsiä vieroitusoireiden piilossa olleesta depressiosta, johon liittyy itsemurhariski. Spesifistä lääkehoitoa huumeiden vieroitusoireisiin ei tunneta. Kannabisriippuvuus on lievä, ja käytön loppumiseen liittyvät oireet ovat vähäisiä. Niitä ovat esimerkiksi hermostuneisuus, ärtyisyys, masennus, levottomuus, unihäiriöt ja tuskatilat. Hoitona käytetään terapiaa. Myös kokaiinin vieroitusoireisiin kuuluu masennus, unihäiriöt, levottomuus, apatia ja väsymys. Sydämentykytys ja fyysiset oireet täydentävät oirekuvaa. Kokaiininhimo on yleistä, mutta oireet helpottuvat usein ilman hoitoakin. Opioidien vieroitusoireiden puhkeamisajankohta, voimakkuus ja kesto riippuvat käytetystä huumeesta. Huumehakuinen käyttäytyminen kuuluu opioidien käyttäjän vieroitusoireisiin. Ahdistuneisuus, levottomuus, kivut ja säryt, vapina, kouristukset ja oksentelu ovat tyypillisiä oireita. Vieroitusoireita hoidetaan opioidiagonisteilla ja antiadrenergisillä lääkkeillä vähenevin annoksin. Muita oireita lievitetään muun muassa tulehduskipulääkkeillä, pahoinvointilääkkeillä sekä ahdistuslääkkeillä. (Käypä hoito 2006 – Huumeongelman hoito.)

Huumeriippuvuuden hoidon kulmakivenä ovat erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot. Yhdessä ne parantavat lääkkeellisen opioidiriippuvaisen korvaushoidon tulosta. Hoitomuotojen kirjo on laaja, ja hoitovaihtoehdot vaihtelevat paikkakunnittain. Hoidoissa keskeistä on keskusteleminen ja yhdessä tekeminen. Yksilöterapien sijaan tai sen tukena voidaan käyttää myös verkostoterapiaa, jossa ovat mukana potilaan läheiset tai vertaistukiryhmä. Usein hoidot perustuvat eri terapioiden ja menetelmien yhdistelmään. Tiedetään ainakin, että palkitsemiseen ja rajoituksiin perustuvat ohjelmat vähentävät laittomien huumeiden käyttöä ja, että pari- ja perheterapia vähentävät metadonikorvaushoidossa olevien huumeiden käyttäjien heroinin käyttöä. (Käypä hoito 2006 – Huumeongelman hoito.)

Tehokaskaan lääkkeetön, psykososiaalinen hoito ei lopeta opioidien väärinkäyttöä eikä yksinään riitä opioidiriippuvaiden potilaiden hoidoksi. Tällöin puhutaan korvaushoidosta. Korvaushoidossa estetään pistoksena käytetyn heroinin, bup-

renorfiinin tai muun laittoman opioidin pääsy aivojen opioidireseptoreihin antamalla potilaalle suun kautta metadonia tai buprenorfiinia. Näin vieroitusoireet estyvät, ja opioidihimo poistuu. Keskeinen tavoite on kuitenkin motivoida potilas hoitoon. Potilaalle tehdään hoitosuunnitelma, jossa lääkehoidon ohella määritellään muu hoito. Hoitopaikka voi luovuttaa potilaalle enintään kahdeksan vuorokauden lääkemäärän, eikä korvauslääkkeitä koskaan toimiteta lääkereseptillä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että opioidiriippuvuuden korvaushoito on tehokkaampaa kuin pitkä, psykososiaalisella hoidolla täydennetty vieroitushoito. (Käypä hoito 2006 – Huumeongelman hoito.)

### 6.3 Päihdemyrkytyspotilaan tulossyyt ja hoito

Vuonna 2009 alkoholimyrkytyksen vuoksi hoidettiin 468 potilasta terveydenhuollon vuodeosastoilla. Huippuvuosi oli vuonna 2007, jolloin alkoholimyrkytyksen vuoksi hoidossa oli 521 potilasta. Vuonna 2009 alkoholimyrkytys oli päädiagnoosina 271 miehellä ja 197 naisella. Erityisesti nuorten tyttöjen alkoholimyrkytysten määrä on kasvanut yli 70 % aikavälillä 1996–2009. (THL 2011c, 6, 10.) Huumeiden ja lääkeaineiden aiheuttamien myrkytysten takia sairaalahoidossa oli vuonna 2010 4511 potilasta, joista huumemyrkytyspotilaiden osuus oli 199. Huumeiden aiheuttamien myrkytysten määrä on ollut kasvussa koko 2000-luvun ja samassa suhteessa myös huumemyrkytyskuolemien määrä. (THL 2011b, 93–94.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden tulisi osata tunnistaa vakavat myrkytystapaukset aikaisin hoidon aloittamisen takia ja osata antaa niihin tarvittava ensiapu (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 184). Hoitoa hankaloittaa usein potilaiden esitietojen puutteellisuus tai niiden epäluotettavuus (Elonen ym. 2006, 444). Hoito aloitetaan usein ilman tietoa siitä, mitä aineita potilas on nauttinut, koska huumeeseula antaa hitaasti ja epävarmasti testitulokset (Laine 2002). Tajuiissaan olevat myrkytyspotilaat saattavat olla aggressiivisia, eivätkä välttämättä ole yhteistyökykyisiä. Hoitomyöntyvyys voi olla vähäistä, jopa puuttua kokonaan. (Lund 2007, 625–627.) Jos tajuton potilas herää spontaanisti

päivystyspoliklinikalla, usein hoidoksi riittää polikliininen seuranta muutamien tuntien ajan. Tajuttoman potilaan kohdalla hoito on vaativampaa. Hoito tapahtuu usein erikoisyksikössä, jossa potilaan tilaa pystytään tarkasti valvomaan. (Laine 2002.) Tehohoitoon joutuneilla myrkytyspotilailla on yleensä kyseessä sekamyrkytys, jossa on yleisimmin kyse etanolin ja lääkkeiden, kuten bentsodiatsepiinien ja masennuslääkkeiden aiheuttamasta myrkytystilasta (Lund 2007, 625–627).

Yleensä myrkytysten tärkein hoito on potilaan peruselintoimintojen ylläpitäminen ja lisäksi estää myrkyllisen aineen imeytymisen estäminen lääkehiilen avulla. Imeytymistä voidaan ehkäistä myös mahahuuhtelun avulla. Mahahuuhtelu on aiheellista jos myrkytys on hengenvaarallinen, eikä myrkytyksen aiheuttanut aine imeydy lääkehiileen. (Elonen ym. 2006, 444, 449.) Hoito perustuu oireenmukaiseen hoitoon ja mahdollisten vastalääkkeiden käyttöön, jos potilaan käyttämälle myrkylliselle aineelle on olemassa vastalääke (Käypähoito 2006 – Huumeongelman hoito). Vastalääkkeillä eli antidooteilla voidaan estää mahdollisia kudos- ja elinvaurioita ja vähentää myrkytysoireita. Tällainen antidootti on esimerkiksi naloksoni, joka on opioidiantagonisti. Sitä voidaan käyttää opioidien vaikutusten kumoamiseksi. Antidoottien merkitys myrkytysten hoidossa korostuu vakavissa myrkytystapauksissa. (Elonen ym. 2006, 444, 472.)

Myrkytyspotilaiden kuolleisuus on alle 1 % tasolla, kun hoito tapahtuu terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Myrkytyskuolemista suurin osa tapahtuu ennen kuin potilas pääsee ensihoitoon tai muuhun hoitoon. (Lund 2007, 625.)

## **7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA SITÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoon johtaneista syistä ja hoidon kulusta Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Tämän opinnäytetyön ohjaavat kysymykset olivat:

- 1) Minkälaiset syyt ovat johtaneet päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoon hakeutumiseen?
- 2) Miten ja mistä päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoketjut muodostuvat Suomen yliopistollisissa sairaaloissa?

## 8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 8.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on tehdä synteesi jo aiemmin tutkitusta tiedosta kirjallisuuden ja tutkimusten avulla, jossa aineisto valikoidaan ja rajataan tarkasti (Johansson ym. 2007, 46). Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella voidaan perustella tutkimuskysymyksiä ja tehdä luotettavia yleistyksiä (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39). Kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään hahmottamaan olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia yhteen kokoamalla saadaan kuvaa muun muassa siitä, miten paljon tutkimustietoa on jo olemassa ja millaista tutkimus sisällöllisesti ja menetelmällisesti on. (Johansson ym. 2007, 3.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee vaiheittain ja sisältää yleensä kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe käsittää tulevan katsauksen suunnittelun. Suunnitteluvaiheessa kartoitetaan aiempaa tutkittua tietoa aiheesta, laaditaan tutkimussuunnitelma ja määritellään ohjaavat tutkimuskysymykset. Tutkimussuunnitelma ohjaa koko tutkimusprosessin etenemistä ja varmistaa tutkimuksen tieteellisyyttä. Toisessa vaiheessa toimitaan tutkimussuunnitelman mukaisesti hankkimalla tutkimukset ja analysoimalla niiden sisältöä. Tiedonhaku on toteutettava systemaattisesti sekä sähköisesti että manuaalisesti. Systemaattisessa tiedonhaussa on pyrittävä hankkimaan eri tietokannoista kaikki tutkimukset, jotka täyttävät sisäänottokriteerit. On myös pyrittävä löytämään julkaisemattomat artikkelit ja tutkimukset. Tutkimuskysymysten perusteella määritellään sisäänottokriteerit, jotka tulee kuvata tarkasti. Kolmannessa vaiheessa tulokset raportoidaan, vastataan tutkimuskysymyksiin ja tehdään johtopäätökset. (Johansson ym. 2007, 4–7; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–40.)

## 8.2 Aineiston valinta

Tämän opinnäytetyön teon alkuvaiheilla rajattiin tutkimusaineiston sisäänottokriteerit. Käsite *päihdepotilas* rajattiin kattamaan alkoholin, huumeiden, lääkeaineiden tai niiden yhdistelmien käyttöä. Ulkopuolelle rajattiin aineisto, joka käsiteli päihdeäitejä sekä nuoria ja ikääntyneitä päihteiden käyttäjänä, jolloin tutkimustietoa saatiin yleisesti päihdepotilaista perehtymättä erityisesti mihinkään tiettyyn väestöryhmään. Oleellisena sisäänottokriteerinä oli valita tutkimuksia ja julkaisuja, jotka on toteutettu Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Mukaan otettiin kuitenkin yksi aluesairaalassa toteutettu tutkimus, koska se käsitteli erilaisella tarkastelunäkökulmalla tahallisesti itseään vahingoittaneita potilaita ICD-10 luokituksen mukaisesti diagnoosilla X69. Aineisto rajattiin korkeintaan 10 vuotta vanhoihin julkaisuihin, eli aikaväliltä 2001–2012. Kirjallisuushaku alkoi syksyllä 2011 ja päättyi keväällä 2012.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin aineistoa erilaisista tietolähteistä. Aluksi kartoitettiin, kuinka paljon tutkittua tietoa aiheesta löytyy. Hakuja tehtiin laajasti eri hakusanoja käyttäen Medic-tietokannasta. Suomalainen Medic oli opinnäytetyön hyödyllisin tietokanta, sillä tarkoituksena oli koota yhteen hoidon kulkua nimenomaan Suomen yliopistollisista sairaaloista. Hakusanoja olivat *alkoholi*, *alkoholin käyttö*, *hoidon jatkuvuus*, *hoitoketjut*, *huumeet*, *huumeiden käyttö*, *myrkytys*, *päihde*, *päihdeongelma* ja *sairaala*. Medic-tietokannasta suoritetuilla hauilla löytyi viisi tutkimusta ja/tai katsausta aineistoon. Hakusanayhdistelmä *myrkytys* ja *alkoholi* tuotti osumia 117, joista yksi katsaus otettiin mukaan aineistoon. Hakusanalla *päihdeongelma* osumia tuli peräti 1007, kun taas *päihdeongelma* ja *sairaala* yhdistelmä tuotti osumia 10. Näistä yksi tutkimus otettiin mukaan aineistoon. Yhdistelmä *hoidon jatkuvuus* ja *päihde* tuotti 41 osumaa, joista saatiin yksi tutkimus lisää aineistoon. *Alkoholin käyttö* ja *sairaala* yhdistelmällä tuli 139 osumaa, ja kun ulos rajattiin sana *äiti*, osumamäärä väheni 22:en, joista yksi tutkimus valittiin aineistoon. Hakusanat *huumeiden käyttö* ja *hoitoketjut* tuottivat 10 osumaa, joista yksi tutkimus otettiin mukaan opinnäytetyöaineistoon. Käyttämällä lisäksi hakusanoja *myrkytys* ja *hoitoketjut*, *huumeet* ja *hoidon jatkuvuus*, *alkoholi* ja *hoidon jatkuvuus* sekä *päihde* ja *sairaala* kolme

jo aineistoon valittua tutkimusta esiintyivät useampaan kertaan hakutuloksissa, jotka osoittautuivatkin opinnäytetyön kannalta tärkeimmiksi tutkimuksiksi. Suomessa tehtyjä englanninkielisiä tutkimuksia haettiin myös Cinahl- ja PubMed-tietokannoista. Hakusanoina olivat *substance abuse, finland, use of alcohol, alcohol use, alcohol user, treatment pathway, drug user, drug poisoning patient, drug patient* ja *university hospital*. Haku ei tuottanut lainkaan aineistoa opinnäytetyöhön. Internet-hakuja tehtiin samoja hakusanoja käyttäen, joista löytyivät sairaanhoitopiirien julkaisemat hankkeiden julkaisut ja loppuraportit. Hyödylliseksi koettiin myös THL:n tuoreimmat julkaisut ja raportit, jotka antoivat ajan tasalla olevaa vertailupohjaa aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin ja julkaisuihin. Viimeisen kymmenen vuoden aikana ilmestynyttä aineistoa etsittiin oppilaitoksen kirjastossa olevista hoitotieteellisistä ja hoitotyön lehdistä sekä lääketieteellisistä Suomen Lääkärilehdestä ja Duodecim-lehdistä. Kerättyä aineistoa läpikäydessä huomioitiin myös aineiston kirjallisuusviitteet, joista saatiin usein viitteitä tietokantahakujen ulkopuolelle jääneisiin keskeisiin tutkimuksiin. Samanaikaisesti kasvoi ymmärrys siitä, ketkä ovat tällä hetkellä alan nimekkäimpiä tutkijoita. Huomiota kiinnitettiin siihen, miten ja paljonko tutkimukset viittasivat toisiinsa.

Kaikki Suomen yliopistosairaaloiden Internet-sivut selattiin huolellisesti toiveena löytää valmiita hoitoketjuja ja sairaalassa tehtyjä tilastoja. Kaikki hoitoketjut ja mahdolliset tilastot olivat kuitenkin sairaaloiden sisäisissä intranetverkoissa, joihin ei päästy käsiksi. Suomen yliopistollisia sairaaloita lähestyttiin sähköpostitse tavoitteena saada julkaisematonta materiaalia hoitoketjuista. Sähköpostitiedustelut tuottivat tulosta vain HYKS:n (Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala) osalta. Julkaisematonta materiaalia saatiin myös TYKS:n (Turun yliopistollinen keskussairaala) sisäisestä intranetverkosta, jonka käyttöön saatiin lupa. Aineiston sisällönanalyysi tehtiin tieteellisten artikkeleiden ja julkaisujen pohjalta, joita Internet ja lehtiaineisto tukivat. Sisällönanalyysiin otettiin mukaan 13 tutkimusta tai julkaisua. Näistä tutkimuksista ja julkaisuista koottiin yhteen erillinen tutkimustaulukko (Taulukko 1.), joka helpotti kokonaisuuden hahmottamista ja aineiston käsittelyä.



### 8.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on tehty opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten avulla. Sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jolla tutkittavasta ilmiöstä järjestäytymätön aineisto tiivistetään ja yleistetään systemaattisesti. Aineiston yleistäminen ja tiivistäminen on välttämätöntä, jotta voidaan tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Laadullisen aineiston sisällönanalyysi voi olla sekä tutkimusmenetelmä että väljä teoreettinen viitekehys, jonka avulla voidaan tehdä erilaisia laadullisia tutkimuksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91).

Opinnäytetyössä aineistohaussa lähdettiin liikkeelle hakusanojen tuottamien tutkimusten ja julkaisujen otsikoista. Otsikon perusteella luettiin tiivistelmä, jonka perusteella tutkimus tai julkaisu joko hyväksyttiin tai hylättiin. Aineisto luettiin huolellisesti läpi, ja aineistosta poimittiin kaikki opinnäytetyöhön hyödynnettävä tieto. Lisäksi aineisto jaoteltiin sisällön perusteella aihealueisiin, johon opinnäytetyön tulosten käsittelyosan rakenne pohjautuu. Tässä vaiheessa tehtiin huomio, että aineisto käsitteli laajasti päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoon johtaneita syitä, jonka vuoksi se haluttiin nostaa esille tuloksissa. Tämän vaiheen jälkeen tarkasteltiin potilaiden hoidon kulkua yliopistollisen sairaalan eri erikoisaloilla.

Opinnäytetyön tutkimustulosten analysointi ei ole vielä riittävä kuvaamaan tutkimuksen tuloksia, vaan tutkimuksen tuloksista on laadittava synteesi. Synteesi kokoaa yhteen tutkimusaineiston ja antaa vastauksen opinnäytetyötä ohjaaviin kysymyksiin. Opinnäytetyön johtopäätökset perustuvat laadittuun synteesiin. (Hirsjärvi ym. 2006, 214–215.)

## 9 TULOKSET

Tämän opinnäytetyön tulososioon otettiin tarkasteluun yhteensä 13 tutkimusta tai julkaisua. Näistä seitsemän on alkuperäistutkimuksia, neljä raporttia, yksi selvitys ja yksi katsausartikkeli.

*Taulukko 1. Aikaisemmat tutkimukset/julkaisut liittyen päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan hoitoon johtaneisiin syihin ja hoidon kulkuun.*

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen/julkaisun nimi, tarkoitus ja/tai tavoite	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
Järvenkylä, V. Päihdepsykiatrisen työn kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella, 2003	Projektin tavoitteena oli yhteistyön lisääminen ja yhteisten linjausten etsiminen huumepotilaiden hoidossa. Huumehoitoketjun osaamisen hyödyntäminen ja lisääminen.	Hoitoketjun työntekijät ja potilaat vastasivat kyselyyn, n=136	Tiedonkulussa koettiin puutteita. Huumehoitotyö ja huumeongelmaisten hoito koettiin vaikeana. Lähetteet ja lausuntojen sisältö vaati kehittämistä. Jatkohoitopaikkoja ei myöskään tunnettu riittävästi.
Järvenkylä, V., Romu, J., Kiviniemi, P., Syrjämäki, M., Ahonen, J. & Lehtonen, M. Mielenterveys ja päihteet–Yksi ihminen, yksi hoito, 2009	Hankkeen tuottamien konsultaatioiden tavoitteena oli lisätä päihdepsykiatrista osaamista TAYS:n avohoidon yksiköissä ja psykiatrisilla osastoilla. Konsultaatioissa keskeisintä oli arvioida potilaan päihteiden käytön yhteyttä hänen mielenterv. ongelmiinsa.	Tarkasteluun otettiin TAYS:n päihdepsykiatristen hoitoon hakeutuneet konsultaatiopotilaat, n=120	Konsultaatioiden jälkeen potilaat ohjautuivat paremmin jatkohoitopaikkoihin. Psykiatristen oireiden takana olevat päihdeongelmat jäivät hoidossa vähälle huomiolle. Konsultaatioissa päihdehoidontarve nousi esiin.
Kantola, I. Intoksikaatiopotilaat TYKS:n ensiavussa 15.9.–15.12.2003, 2003	Selvityksen tarkoituksena oli hankkia tilastotietoa potilaista, heidän oireistaan ja löydöksistään, käytetyistä hoitomuodoista ja jonkin verran myös psykiatrisen hoidon mahdollisuuksista.	Tiedot kerättiin potilas-papereista, joissa olivat mukana lääke-, huume- ja alkoholi-intoksikaatiot, n=161	5 % ea:n konservatiivisella puolella käyneistä potilaista myrkytyspotilaita. Eniten potilaita tuotiin klo 18 - 24. Suoraan ea:sta kotiutui 29 %, 67 % jäi sairaalahoitoon somaattisen syyn takia. Potilaiden hoitoaika keskim. alle 24h. Valtaosan kohdalla käytettiin psykiatrin palveluja.
Kantonen, J., Niittynen, K., Mattila, J., Kuusela-Louhivuori, P., Manninen-Kauppinen, E. & Pohjola-Sintonen, S. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla, 2006	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päihde- ja päihdeongelmaisten potilaiden määrää ja kuormittavuutta päivystyspoliklinikalla.	26.9.–2.10.2005 (n=705) ja 13.–19.12.2005 (n=634) kaikilta päivystyspoliklinikalle hakeutuneilta potilailta tiedusteltiin päihteidenkäyttöä. Tiedot kerättiin hoitajan tekemässä tulohaastattelussa lomakkeelle.	Päihteiden käyttö tai päihderiippuvuus oli osallisena varmasti tai mahdollisesti 27 % päivystyspoliklinikkakäynneistä. Päihteiden käytön aiheuttamat ongelmat kuormittavat päivystyspoliklinikkaa huomattavasti

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu)

Karppinen, A. Somaattisesti sairastuneen huumeiden käyttäjän hoitopolun kehittäminen, 2003	Hankkeen tavoitteena oli selvittää huumeita käyttävien potilaiden esiintymistä 15 sisätautien toimialan osastoilla.	Tietoja huumeita käyttäneistä somaattisesti sairastuneista potilaista kerättiin "Huumeriippuvuus-analyysi"-lomakkeen avulla 15:llä sisätautien toimialan osastoilla 1.8–28.11.2001 välisenä aikana joka keskiviikko (17 viikkoa), n=148	Huumeiden käyttäjien yleisimmät somaattiset sairaudet liittyivät infektiioihin. Suurin osa potilaista hoidettiin päivystys- tai infektiolueen osastolla. Potilailla usein eri diagnooseja samanaikaisesti, suurella osalla oli myös veriteitse tarttuva tauti.
Nurmi-Lüthje, I., Hinkkurinen, J., Salmio, K., Lundell, L., Lüthje, P. & Karjalainen, K. Itseään vaihingoittaneiden potilaiden psykiatrin konsultaatio toteutuu päivystyksessä vain osittain, 2011	Tutkimuksessa tarkasteltiin kahden vuoden aikana Kuusankosken alue-sairaalan päivystyspoliklinikalle hoitoon tulleita itseään vahingoittaneilta potilailta.	Aineisto kerättiin vuosina 2004–2006 prospektiivisesti aluesairaalan potilastietojärjestelmästä, n=272	n. 2/3 hoitoon tulleista alkoholin vaikutuksen alaisena. 2/3 tapauksista kyseessä lääkkeiden yliannostus, joissa 66 % mukana myös alkoholi.
Partanen, T., Vikatmaa, P., Vuola, J., Lepäntalo, M. & Tukiainen, E. Laskimon sisäisinä huumeina käytetyt tabletit aiheuttavat vakavia vaurioita, 2008	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suonensisäisten huumeiden käyttäjien kudოსvaurioita liuotetun lääkeaineen käytön jälkeen.	Aineistoon valittiin vuosina 2000–2005 Töölön ja Meilahden sairaaloissa hoidossa olleet potilaat, (n=24) jotka olivat injisoineet laskimoon liuotettuja tabletteja. Sairauskertomukset analysoitiin.	Sairaalahoitoon johtaneita syitä olivat raajaiskemiat ja infektiot. Pahimmillaan jouduttiin amputoimaan raajoja. Veritulppaa ei ollut yhdelläkään potilaalla.
Pohjola-Sintonen, S., Kaurala, M., Kantonen, J., Mattila, J. & Manninen-Kauppinen E. Päihderiippuvuuden aiheuttaman sairauden takia erikoissairaanhoidossa hoidetut potilaat: 6 kk:n seuranta, 2006	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päihderiippuvuuden aiheuttaman sairaalahoidon yleisyyttä vuodeosastolla ja hoidon ennustetta.	Aineisto kerättiin HYKS:n Peijaksen sairaalan päivystys- ja sisätautien vuodeosastoilla päihderiippuvuuden takia hoidettujen potilaiden seurantatiedoista (sairauskertomukset, HUS:n hoitotietojärjestelmä ja sosiaalihuollon eri toimipisteiden tiedot), n=41	Päihderiippuvuuden takia hoidossa olleiden osuus oli 18 % osaston potilaista. 66 % oli jatkanut päihdeidenkäyttöä hoidon jälkeen. Keskimäärin 1/3 elossa olosta kului jossain hoitolaitoksessa tai sairaalassa.
Seppä, K., Aalto, M., Pekuri, P., Antila, S., Lahtinen, T. & Alaja, R. Päihdepotilaat päivystyspoliklinikalla– Ongelmasta toimintamallin kehittämiseen, 2001	Tutkimuksessa selvitettiin TAYS:n päivystyspoliklinikalle tulleiden yli 16-vuotiaiden kirurgisten, neurologisten, psykiatristen ja sisätautisten potilaiden päihteiden käytön osallisuutta hoitoon hakeutumiseen.	Potilaat (n=69) täyttivät lomakkeen, jolla selvitettiin päihteidenkäyttöä. Lääkärit täyttivät potilaan tulosyytä kartoittavan lomakkeen. Sairauskertomuksista selvitettiin hoitojakson jälkeen merkinnät mahdollisesti päihteisiin liittyvistä asioista, kuten alkometritesti, huumeuseula ja jatkohoito.	Päihteiden vaikutus on suurin tapaturmien syntyyn. Päihteet ovat pienessä osassa sairauksien takia hoitoon hakeutumiseen.
THL 2011d. Päihdehuollon huumeasiakkaat, 2010	Raportissa selvitettiin päihdehuollon asiakkaita Suomessa v. 2010, tilastoa asiakkaista.	84 päihdehoitoyksikköä toimitti vapaaehtoiseen ja anonyymiin tietojärjestelmään hoitoon liittyviä tietoja asiakkaistaan, n=2529	Opiaatit on yleisin päihde ja niiden takia hoitoon hakeudutaan yhä enemmän. Amfetamiini käyttö on laskenut. Suurin osa asiakkaista on miehiä. Asiakkaila on työttömyyttä, koulutuksen puutetta ja asunnottomuutta.

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu)

Uusaro, A. Alkoholin yhteys tehohoidon tarpeeseen, resurssien käyttöön ja tuloksiin, 2004	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka usein alkoholin käyttö on yhteydessä tehohoidon tarpeeseen teho-osastolla ja kuinka suuri osa resursseista menee ko. potilaan hoitoon.	Tutkimukseen otettiin kaikki KYS:n teho-osaston päivystysluonteisesti tulleet potilaat vuosina 2002-2003, joiden alkoholin syy-seuraussuhdetta arvioitiin lääkärin subjektiivisen arvion, esitetöiden, statuksen ja aikaisempien sairauskertomusmerkintöjen avulla, n=893	Tehohoitoon johtanut sairaus oli selvästi yhteydessä alkoholin käyttöön 17,5 % potilaista ja saattoi olla 6,6 % potilaista. Noin 1/3 potilaista oli neurologisista syistä ja 1/3 myrkytyksien takia teho-hoidossa.
Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S. & Katila, H. Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005, 2009	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää onko hoitoon hakeutujissa tai hoitotuloksissa tapahtunut muutoksia opioidikorvaushoidon arviointi- ja hoitokäytäntöjen muututtua HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä.	Vuosien 2003–2005 potilasasiakirjojen perusteella korvaus- ja ylläpitohoitoja selvitettiin ja verrattiin vuosien 2000–2002 hoidon aloittaneisiin. Päihteiden käyttöä arvioitiin virtsan huume-seulojen tuloksista sekä itsearviointilomakkeilla ja haastatteluilla, n=114	Potilaskunta oli nuorempaa kuin aikaisemmin. Hoidossa oli edelleen 77 % 1,5 vuotta sitten aloittaneista ja 44 % potilaista oli korvaushoidon aikana onnistunut olla käyttämättä opioideja. Muut päihdehäiriöt ja psykiatriset häiriöt olivat yleisiä.
Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R. Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2005–2007, 2009	Katsauksessa tehtiin selvitys vuosina 2005–2007 tehdyistä oikeuslääketieteellisesti todetuista myrkytyskuolemista.	Katsausartikkeli	Kasvua tapahtunut voimakkaammin lääkeaineiden aiheuttamissa myrkytyksissä. Huumaussainelöydökset myös kasvussa, mm. opioideja sisältävät lääkkeet.

## Lyhenteet:

ea = ensiapu

HUS = Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

HYKS = Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala

KYS = Kuopion yliopistollinen sairaala

TAYS = Tampereen yliopistollinen sairaala

THL = Terveystieteiden tutkimuskeskus

TYKS = Turun yliopistollinen keskussairaala

## 9.1 Päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan hoitoon johtaneet syyt

### 9.1.1 Päihdepotilas päivystyksessä

HYKS:n Peijaksen sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa tutkimusjakson aikana yhteispäivystyksessä kävi 1637 potilasta, joista 82 % vastasi päihdekyselylomakkeeseen (Taulukko 1.). Tutkimuslomakkeen perusteella päihtyneeksi tai päihteistä riippuvaisia arvioitiin olevan 18 % potilaista. Osalta potilaista mitattiin tullessa veren alkoholipitoisuus, joista 28 %:lla oli alkometrin mukaan alkoholia veressä. Näiden alkometrilukemien keskiarvo oli 1,8 ‰. Päihtyneiksi tai päihderiippuvaisiksi arvioituja potilaita kävi päivystyksessä eniten viikonloppuisin ja öisin. Kaikista päihtyneiksi tai päihderiippuvaisiksi arvioiduista naisia oli 46 %. 48 % päihtyneiksi tai päihderiippuvaisiksi arvioiduista potilaista tuli hoitoon ambulanssilla. Päihdediagnoosi puuttui jopa 62 %:lta mahdollisesti tai varmasti päihtyneeksi tai päihderiippuvaiseksi arvioidulta potilaalta. (Kantonen ym. 2006.)

TAYS:n päivystyspoliklinikalle tulleista potilaista (n=96) suurkuluttajiksi määritellyjä oli 27 %. Kohtuukäyttäjää oli eniten ikäluokissa 16–34-vuotiaiden ja yli 55-vuotiaiden luokassa. Sairauden takia päivystykseen hakeutuneista potilaista vain 3 % kohdalla päihteiden käyttö oli vaikuttanut sairauteen lääkärin arvioimana. (Seppä ym. 2001.)

Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikan potilailla oli laaja kirjo erilaisia tulosityitä. Tapaturmat ja myrkytykset sekä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt olivat tulosityistä yleisimpiä päivystysdiagnooseja, mutta kaiken kaikkiaan käytettiin jopa 119:ää eri diagnoosia. (Kantonen ym. 2006.) Sepän ym. (2001) tutkimuksen mukaan lääkärit arvioivat päihteillä olleen suuri vaikutus tapaturmaan tai itsemurhayritykseen. Tapaturman tai itsensä vahingoittamisyrityksen takia päivystykseen hakeutuneiden potilaiden määrä oli noin 32 % aineiston kaikista potilaista. Huumausaineiden vaikutus tapaturmiin tai itsensä vahingoittamisiin

oli vähäinen verrattuna alkoholiin, sillä alkoholin suurkuluttajista 69,2 %:lla päih-teet olivat olleet osana tapaturmaa. Kohtuukäyttäjillä vastaava luku oli 46,7 %.

### 9.1.2 Tehohoitoon johtanut alkoholin käyttö

Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) tehohoitoon johtanut sairaus (n=893) oli 17,5 %:lla selvästi yhteydessä alkoholin käyttöön ja 6,6 %:lla alkoholin käyttö saattoi olla yhteydessä tehohoitoon joutumiseen. Miespotilaista alkoholin käyttö oli osallisena teholle joutumiseen 29,5 %:lla ja naisista 14,2 %:lla. Tehohoidon osastolle joutuneista potilaista alkoholi oli tai saattoi olla yhteydessä äkilliseen sairastumiseen 24 %:lla. Näistä potilaista 30 % päätyi hoitoon jonkin neurologi-sen tai neurokirurgisen ongelman vuoksi, 26 % myrkytyksen vuoksi sekä 13 % gastroenterologisen syyn vuoksi. (Uusaro 2004.)

### 9.1.3 Huumeiden käyttäjän hoitoon hakeutumisen syyt

Vuonna 2010 päihdehuollon kaikkien huumeasiakkaiden joukossa ensisijaisina hoitoon hakeutumiseen johtaneina päihteinä olivat opiaatit (55 %), stimulantit (14 %), kannabis (13 %), alkoholi (11 %), ja lääkkeet (6 %). Yksistään opiaatti-ryhmään kuuluvan buprenorfiinin ongelmakäyttäjien osuus oli kolmannes, eli 32 % kaikista hoitoon hakeutuneista. Esimerkiksi heroiniin ongelmakäyttäjien osuus oli vain pari prosenttia. (THL 2011d, 3.)

Huumeiden käyttäjät tulevat erikoissairaanhoidon useimmiten lääkärin lähet-teellä (Karppinen 2003). Heillä voi olla erilaisia taustoja, joista johtunee potilai-den erilaiset hoitoon hakeutumisen reitit. Suurin osa hakeutuu suoraan erikois-sairaanhoidon ja terveyskeskuksen kautta hoitoon. Hoitoon tullaan myös yksi-tyissektorilta, huumevieroituspoliklinikalta ja vankeinhuollosta. (Partanen ym. 2008.) Vuonna 2010 sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palveluiden kautta hoitoon hakeutui 30 % ja päihdehuollon palveluiden kautta 23 % asiakkaista. Perhe oli toimittanut hoitoon 5 %:lla asiakkaista ja poliisi 2 %:lla potilaista. Ylei-

simmin eli 34 % tapauksista huumehoitoon hakeutuminen oli tapahtunut oma-aloitteisesti. (THL 2011d, 1, 3.)

Huumeiden käytössä on yleistynyt reseptillä saatavien huumaavien lääkeaineiden annostelu laskimonsisäisesti. Liuotettavat lääketabletit ovat usein kontaminoituneet, jolloin injisoitavassa liuoksessa on mikrobeja. Suonensisäisillä huumeiden käyttäjillä onkin usein erilaisia infektioita, kuten suonitulehduksia, joiden vuoksi hakeudutaan hoitoon. Akuutti raajaiskemia, kudოსvauriot, nekroosit, sepsisoireet sekä yleisoireilu, kuten kuumeilu ja yleistilan lasku ovat myös suonensisäisten huumeiden käyttäjien syitä hoitoon hakeutumiseen. Potilaiden hakeutuminen hoitoon on hidasta, joka lisää vakavan kudოსvaurion riskiä. Potilaat (n=24) hakeutuivat päivystykseen keskiarvolta 62 tunnin kuluttua injisoinnista, vaihdellen kolmesta tunnista 10 päivään. Huumausaineiden käyttäjä tyypillisesti hoitaa itse oireitaan ja kipua huumeilla ja terveydenhuoltoon hakeudutaan usein vasta, kun tila on kriittinen. (Partanen ym. 2008.)

Karppisen (2003) loppuraportin mukaan HYKS:n sisätautien yksikköön tulevien huumeidenkäyttäjien (n=148) suurimmat tulossyyt johtuivat erilaisista infektioista. Lähes kaikilla hoitoon hakeutuneilla oli jokin infektio. Yleisimpiä infektioita olivat suoneen pistämisestä johtuva infektio, paikallinen infektio, hengitystieinfektio tai sepsis. Potilailla oli useampia eri diagnooseja samanaikaisesti. Muita kuin infektiin liittyviä komplikaatioita oli noin 40 %:lla potilaista. Näitä olivat esimerkiksi intoksikaatio, trauma, yleistilan lasku ja kouristukset. Hyvin suurella osalla oli jokin veriteitse tarttuva infektioauti, kuten HIV, B-hepatiitti tai C-hepatiitti. Lisäksi noin 10 %:lla potilaista diagnosoitiin myös jokin psykiatrinen sairaus. Huumausaineiden vaikutus tapaturmiin on vähäistä; Sepän ym. (2001) tutkimuksen mukaan vain yhden potilaan kohdalla huumeet vaikuttivat tapahtuneeseen. Potilaalla ilmentyviä vieroitusoireita tulee myös hoitaa lääkityksellä nopeasti vieroitusoireiden alkaessa, ettei hoito keskeydy (Karppinen 2003).

#### 9.1.4 Päihdemyrkytyspotilas päivystyksessä

Vuosina 2006 ja 2007 olivat lääkeainemyrkytykset alkoholimyrkytyksiä yleisempiä. Syynä lääkeainemyrkytysten määrän kasvuun on opioidien lisääntynyt käyttö. Vuonna 2007 opioidit olivatkin yleisin ryhmä myrkytyksen aiheuttajana. Järjestyksessä seuraavaksi tulevat masennuksen hoidossa käytetyt lääkkeet sekä psykoosien hoidossa käytetyt neuroleptit. (Vuori ym. 2009.)

TYKS:ssä suoritetun selvityksen mukaan 5 % kaikista ensiavun konservatiivisella puolella käyneistä potilaista oli myrkytyspotilaita. Kaikkiaan selvitettiin 146 potilastapausta, joista 11 kävi TYKS:ssä useammin kuin kerran. Lähtään potilaat olivat 17–78-vuotiaita, joista naisia oli 58 % ja miehiä 42 %. Myrkytyspotilaita tuotiin ensiapuun tasaisesti koko viikon ajan, kuitenkin useimmin kello 18–24 välillä. (Kantola 2003.) Nurmi-Lüthjen ym. (2011) tutkimuksesta selvisi, että Kuusankosken aluesairaalaan tuotiin itseään vahingoittaneita potilaita (n=272) eniten lauantaisin ja sunnuntaisin, 63 % kello 22–06 välillä. Yleisin tapa vahingoittaa itseään oli myrkytys.

TYKS:ssä tehdyn selvityksen mukaan useimmin potilaat olivat ottaneet psykiatrisia lääkkeitä ja alkoholia. Niissä tapauksissa, joissa vaikuttava aine tiedettiin, eniten oli käytetty tematsepaamia, oksatsepaamia, diatsepaamia sekä tsopiklonia. Masennuslääkkeistä eniten oli käytetty sitalopraamia ja antipsykooteista ketiapiinia. Yhteensä potilaat olivat käyttäneet ainakin 70:tä eri lääkeainetta. Yhden lääkeaineryhmän lääkkeitä oli ottanut hiukan alle puolet kaikista potilaista ja kahden ryhmän lääkkeitä 1/5 potilaista. Loput olivat käyttäneet kolmen tai useamman ryhmän lääkkeitä, tai ei voitu olla varmoja siitä, kuinka monta eri lääkeaineryhmää oli ollut mukana. Muutama hoitoon tuotu potilas oli käyttänyt muuta kuin lääkkeeksi tai huumeeksi luokiteltua ainetta, esimerkiksi psilocybinsieniä, partavettä, tuulilasipesunestettä ja polttoainetta. Selvästi eniten huumausaineita olivat käyttäneet nuoret miehet. Heidän tiedettiin käyttäneen amfetamiinia, ekstaasia ja kannabista. Naiset sen sijaan olivat käyttäneet rauhoittavia ja masennuslääkkeitä miehiä selvästi enemmän. Naisilla oli myös miehiä useammin monesta eri lääkkeestä johtuva yliannostus. Alkoholia lääkkeiden



kanssa oli käytetty tasaisesti niin naisten kuin miestenkin että eri ikäryhmien keskuudessa. Lähes 2/3 potilaista oli ottanut lääkkeiden kanssa alkoholia. Näistä suurimmalla osalla veren alkoholipitoisuus oli vähintään 1 ‰. (Kantola 2003.) Kuusankosken aluesairaalassa alkoholimyrkytysdiagnoosin oli saanut kaiken kaikkiaan 8,5 % potilaista ja 2/3 oli hoitoon tullessaan alkoholin vaikutuksen alaisena (Nurmi-Lüthje ym. 2011). Lisäksi Kantolan (2003) selvityksestä ilmenee, että myrkytyspotilaista 15 ‰:lla potilaista oli intoksikaation lisäksi yksi tai useampi vakavasti luokiteltu ongelma.

TYKS:n intoksikaatiopotilaista 1/3:lla ei ollut taustalla aiempia intoksikaatioita. 43 ‰:lla sen sijaan oli takana jo yksi tai useampi myrkytys. Usealla potilaalla myrkytys oli itsemurhayritys. (Kantola 2003.) Kuusankosken aluesairaalassa 74 % lääkemyrkytyksellä tapahtuneista itseään vahingoittamisista oli kirjattu ICD-10-luokituksen mukaan X69-koodilla, jolla tarkoitetaan tahallisesti itselle aiheutettua myrkytystä (Nurmi-Lüthje ym. 2011). Kaikilla myrkytys ei suinkaan ollut itsemurhayritys, vaan hätähuuto tai impulsiivinen teko. Osalle myrkytys oli tapa purkaa ahdistusta ja hakea huomiota. Huumausainemyrkytyspotilaista vain osa päätyi sairaalahoitoon TYKS:iin. Osa hoidettiin antidootein tapahtumapaikalla ja osa ei edes hakeutunut sairaalahoitoon. (Kantola 2003.)

#### 9.1.5 Päihdepsykiatriset ongelmat hoitoon tulossyynä

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisun mukaan psykiatriset potilaat käyttävät päihteitä merkittävästi valtaväestöä enemmän. Päihdepotilaista jopa yli 80 ‰:lla on samanaikainen psykiatrinen sairaus. (Järvenkylä ym. 2009.) TYKS:ssä tehdyssä intoksikaatiopotilaita koskevassa selvityksessä potilailla todettiin olleen usein taustalla päihderiippuvuutta ja mielenterveyden häiriöitä (Kantola 2003). TAYS:iin tulleet konsultaatiopotilaat (n=120) tulivat hoitoon useimmiten mielihäiriöiden tai psykoosien vuoksi. Suurin osa (70 %) potilaista koki tarvitsevana ensisijaisesti apua psykiatrisiin ongelmiinsa. Psykiatrasta avohoitokontaktia oli kuitenkin vain 38,2 ‰:lla potilaista. (Järvenkylä ym. 2009.) Kantolan (2003) selvityksen mukaan 33 % intoksikaatiopotilaista oli ollut psykiatrisessa

sairaalahoidossa ja avohoidossa ensiapuun tullessaan. 39 %:lla taas oli kontakti pelkästään psykiatriseen avohoitoon.

TAYS:n konsultaatiopotilaiden psykiatrisista ongelmista korostuivat itsemurha- ja tapaturma-alttius. Noin neljännes oli itsemurhayrityksen vuoksi hoitoon tulleita potilaita. Sairaalan tulohaastattelussa esille tulleet päihdediagnoosit liittyivät pääasiassa alkoholiin (37,4 %) ja päihteiden sekakäyttöön (24,4 %). Opioidien tai bentsodiatsepiinien vuoksi päihdediagnoosin oli saanut 11,5 % potilaista. Sekapäihdekäytössä jokin päihde korostui, ja yleisimmin se oli kannabis. Kannabiksen käytöllä näytti olevan yhteyttä psykooseihin ja alkoholin käytöllä masennukseen. Tulohaastattelussa viidellä konsultaatiopotilaalla diagnosoitiin kannabiksen aiheuttama psykoosi, joilla oli myös psykoottisiin häiriöihin painottuva psykiatrinen tulodiagnoosi. Alkoholin aiheuttamia käytöshäiriöitä tai alkoholipsykoosin oireita todettiin 18 konsultaatiopotilaalla ja yhtäaikaisia muita diagnooseja heillä oli paljon. Päihteiden käytön todettiin olevan potilaalle haitallista 95 % tapauksista. Näillä potilailla katsottiin olevan joko päihderiippuvuus tai päihteiden käytön arvioitiin olevan osasyynä hoitoon hakeutumiseen. Opiaattien, amfetamiinin ja bentsodiatsepiinien käyttäjillä yhtäaikaisia muita diagnooseja oli vähän, sillä vain kahdella oli lisäksi psykiatrinen diagnoosi. Tulohaastattelussa päihdekäyttö oli ainoana diagnoosina 43:llä konsultaatiopotilaalla, joista 13 oli alkoholista, 13 opiaateista, 10 bentsodiatsepiineista ja 7 amfetamiineista johtuvia. (Järvenkylä ym. 2009.)

Yleisin yksittäinen psykiatrinen diagnoosi sairaalan tulohaastattelussa oli määrittämätön psykoottinen häiriö, jota diagnosoitiin 13,3 %:lla potilaista. Muita häiriöitä olivat ei-elimellinen psykoosi, psykoositasoinen mielialahäiriö ja päihteiden aiheuttama psykoosi/sekavuustila. Useimmilla potilaista häiriön arveltiin johtuvan päihteiden käytöstä, mutta näistä vain kuudella prosentilla oli päihdediagnoosi. Mielialahäiriöitä oli diagnosoitu 36,1 %:lla potilaista, joista enemmistöllä oli masennusdiagnoosi. Persoonallisuushäiriöitä oli diagnosoitu 16,7 %:lla, neuroottisia häiriöitä 9,3 %:lla, aktiivisuuden häiriöitä 2,8 %:lla ja syömishäiriöitä 0,9 %:lla potilaista. Ilman aiempaa hoitokontaktia oli 27,5 % potilaista, ja yhteensä hoitokontakteja oli 22 eri palvelutahoon. (Järvenkylä ym. 2009.)

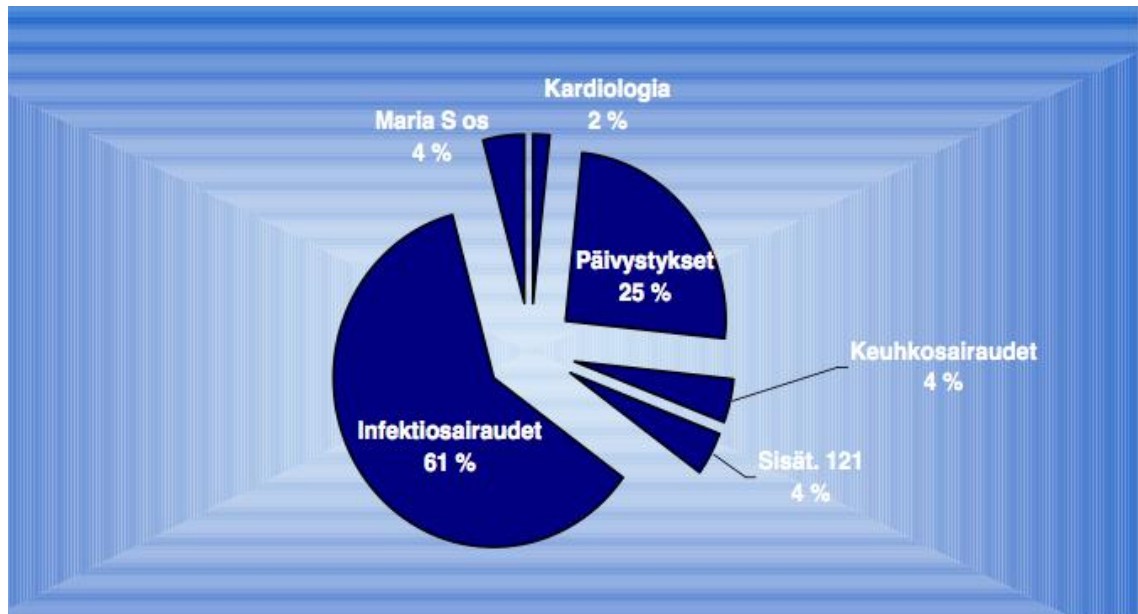
## 9.2 Päihdepotilaan hoidon kulku

### 9.2.1 Hoidon kulku somaattisessa erikoissairaanhoidossa

Potilaiden nopea diagnoosin tekeminen hoidon alkuvaiheessa on tärkeää. Terveystieteiden tutkimuksessa hoitoonohjaus on kuitenkin hidasta ja kestää usein yli 24 tuntia. (Partanen ym. 2008.) Kantosen ym. (2006) tutkimuksen mukaan alkoholiongelmainen potilas on HYKS:n Peijaksen päivystyspoliklinikalla jopa yli 5 tuntia. Erikoislääkärin konsultaatioita tehtiin 24 %:lle päihdepotilaista. Päihdepotilaiden hoidon tavallisimmat erikoisalajat olivat kirurgia ja sisätaudit. Päihtyneistä tai päihderiippuvaisista potilaista 25 % otettiin sairaalahoitoon vuodeosastolle, 65 % kotiutettiin ja 11 % ohjautui eri laitoksiin sekä putkaan. Uusaron (2004) tutkimuksen mukaan kaikista tehohoitopäivistä 17,8 % käytettiin niiden potilaiden hoitoon, joilla alkoholin käytön katsottiin olevan yhteydessä teho-osastolle joutumiseen. Näiden potilaiden tehohoitajat olivat lyhyemmät ja hoitokustannukset pienemmät verrattuna muihin potilaisiin. Tehohoitokuolleisuudessa ei ollut eroa siinä, oliko alkoholinkäyttö ollut yhteydessä teho-osastolle joutumiseen vai ei.

HYKS:n sisätautien yksiköissä huumeidenkäyttäjiä hoidetaan vuosittain 870 potilasta. Hoitokaudet vaihtelevat lyhyistä polikliinisistä käynneistä useita viikkoja kestäviin vuodeosastohoitoihin. Sisätautien vuodeosastolla HYKS:ssa hoidetaan vuosittain noin 500 huumeiden käyttäjää. Tutkimusjaksolla huumeiden käyttäjistä 61 % oli infektiosairauksien osastoilla ja 25 % päivystysalueen osastoilla eli nämä yksiköt hoitivat 86 % huumeongelmallisista potilaista. (Kuva 2.) Kyseessä oleva aineisto kerättiin keskiviikkoisin, jonka takia päivystysalueen prosenttiluku oli hieman pienempi mitä keskimäärin olisi viikoittain, koska päivystysalueella päihdeidenkäyttäjiä esiintyy enemmän viikonloppuisin. Päivystysalueella hoidettavat ongelmat olivat akuutteja ja hoitajat olivat lyhyempiä kuin infektiosairauksien osastoilla. Päivystysalueella hoitajat olivat keskimäärin noin kuusi tuntia, kun infektiosairauksien osastoilla hoitoaika oli keskimäärin noin 10

vuorokautta. Tavallisin hoidettava sairaus infektiosairauksien osastolla oli stafylococcus aureus sepsis, jonka hoitoaika oli noin neljä viikkoa. (Karppinen 2003.)



Kuva 2. Huumeita käyttäneiden potilaiden esiintyminen yksiköissä/erikoissaloilla (Karppinen, A. 2003)

HYKS:n Meilahden sairaalan sisätautien päivystykseen lähetetään joskus myös sinne kuulumattomia potilaita, kuten raajaiskemiapotilaita. Suonensisäisten huumeiden käytön aiheuttamat infekti- ja raajaiskemiaoireet tulkitaan usein väärin. Esimerkiksi infekti-oireiset potilaat ohjataan sisätautien päivystykseen usein erysipelas- eli ruusuepäilynä. Raajaiskemiaoireiset potilaat tulisi ohjata verisuonikirurgiseen yksikköön, jossa olisi oikeanlaiset resurssit hoitaa potilasta, kuten valmiudet angiografiaan ja päivystykselliseen embolektomiaan. Tutkimuksen mukaan potilaat ohjautuivat oikeaan erikoissairaanhoidon yksikköön mutkikkaasti, ja vasta verisuoni- tai plastiikkakirurgin tutkimusten jälkeen tehtiin ensimmäiset varsinaiset hoitotoimenpiteet. Potilaalle tulisi tehdä myös hoitosuunnitelma korvaushoitoa varten kirurgisen hoidon lisäksi. Anestesiologin ja huumevieroitusyksikön tulisi tehdä yhteistyötä myös huumeiden käyttäjän kivun hoidon ongelmallisuuden vuoksi. (Partanen ym. 2008.)

Vuonna 2010 84 %:lla päihdehuollon hoitoon hakeutuneista potilaista oli aikaisempia hoitokontakteja päihdehuollon palveluihin. Suonensisäisten huumeiden

käyttäjistä 61 % oli käyttänyt sosiaalitoimiston palveluja ja 49 % oli päihdehuollon laitoshoidossa. 69 % päihdehuollon potilaista oli avohoidossa, jossa yleisimmät hoitomuodot olivat kuntouttava avohoito ja arviointijakso. Laitoshoidossa olleiden potilaiden yleisimmät hoitomuodot olivat kuntouttava laitoshoido ja huumevieroitushoito. (THL 2011d, 3.) HYKS:iin huumeiden käytön vuoksi hoitoon tulleista potilaista 24 %:lla oli aiempia hoitokontakteja sairaalaan tai terveyskeskukseen pehmytkudosinfektioiden vuoksi. Viidesosa potilaista joutui sairaalahoitoon saman syyn takia keskimäärin 1 ½ vuoden kuluttua ja 33 % potilaista jätti tulematta suunniteltuihin jatkohoitoihin, kuten kirurgin ja haavahoitajan jälkikontroleihin sekä fysioterapeutin vastaanotolle. Lisäksi suunniteltu kotisairaanhoito ei aina tavoita potilasta väärin osoitetietojen takia. (Partanen ym. 2008.)

HYKS:n Peijaksen sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan alkoholin ja muiden päihteiden aiheuttamat vakavat komplikaatiot sitovat paljon terveydenhuollon resursseja. Jopa 1/5 (n=41) sisätautien vuodeosastopaikoista käytetään päihteiden aiheuttamien komplikaatioiden hoitoon. Suurin osa näistä johtuu alkoholin aiheuttamista ongelmista, mutta huumeaineiden käyttö näkyy muun muassa endokardiittiin sairastumisessa. Alkoholin aiheuttama akuutti delirium ja muut komplikaatiot vaativat useiden päivien, jopa viikkojen sairaalahoitoa ja seurantaa. Jalkojen kantamattomuus ja sekavuus eivät korjaannu lyhyen hoitojakson aikana, vaan vaatii viikkoja kestävää kuntoutusta. Tutkimuksessa mukana olleiden potilaiden hoitoajat vaihtelivat yhden vuorokauden ja neljän kuukauden välillä. Sisätautisten ongelmien lisäksi tarvittiin myös kirurgista ja psykiatrista hoitoa. Monella potilaalla hoito jatkuikin muussa sairaalassa tai terveyskeskuksessa. Sairaalahoidon jälkeen suuri osa siirtyi vielä jatkohoitoon muuhun laitokseen, kuten päihdehuollon tai asumispalvelun yksikköön. Lisäksi potilaiden kotituduttua kotisairaanhoidon käynnit olivat yleisiä. (Pohjola-Sintonen ym. 2006.)

### 9.2.2 Hoidon kulku (päihde)psykiatrian erikoissairaanhoidossa ja opioidikorvaushoidossa

TAYS:n Pitkänniemen sairaalan aikuispsykiatrian osastoilla hoidetaan vuosittain 600–700 potilasta, joille on annettu päihde-ehdotin diagnoosi ICD-10-luokituksen mukaisesti. Tämä luku kattaa 40 % kaikista akuutti-psykiatrian potilaista. 25:n (20,8 %) konsultaatiopotilaan jatkohoito tapahtui tavallisella psykiatrisella osastolla. Pitkänniemen päihdepsykiatrian osastolle siirtyi 30,8 % ja Kaivannon sairaalan päihdepsykiatrian osastohoitoon 9 potilasta. 27 potilaan (22,5 %) jatkohoito tapahtui päihdehuollon laitoksessa. Konsultaatioista suoraan avohoitoon siirtyi 22 (18,3 %) potilasta, joista 13 potilasta psykiatrian avopalveluihin ja 9 potilasta päihdehuollon avopalveluihin. Potilaiden ohjautuminen 33 eri palveluun kuvastaa hyvin potilaiden moniongelmaisuuksia. (Järvenkylä ym. 2009.)

Pitkänniemen akuutti-psykiatrian osastoilla oli yhteensä 67 (56 %) konsultaatiopotilasta, jossa hoito jatkui 16 potilaan kohdalla, ja päihdepsykiatriselle osastolle siirtyi 17 potilasta. Akuutti-psykiatrian osastoilta puolet konsultaatiopotilaista siirtyi konsultaation jälkeen sairaalasta muihin palveluihin. (Järvenkylä ym. 2009.)

Pitkänniemen sairaalan osastohoitoon ohjatuista tai osastolla jatkaneista 53:stä konsultaatiopotilaasta 34 ohjattiin osastohoidon jälkeen päihdehuollon avopalveluihin, joista suurin osa A-klinikalle. Psykiatriseen avohoitoon järjestettiin hoito 29 potilaalle, josta mielenterveystoimiston asiakkaaksi lähti 20, päiväsaaraloihin kolme ja Pitkänniemen sairaalan rajapintatyöryhmään kuusi potilasta. Päihdepsykiatrisen hoidon suunnitteluun päihdepsykiatriselle osastolle ohjattiin kahdeksan potilasta. Potilaita ohjattiin myös erilaisiin projekteihin ja hankkeisiin, sekä TAYS:n päihdepsykiatrian poliklinikalle. Hoito rakentui monella siis kahden tai kolmen yksikön yhteistyönä. Hoitoihin ohjautuminen ei kuitenkaan vastannut suoraan potilaiden omaa toivetta psykiatrisen hoidon tarpeesta. Hoitosuunnitelmista kolmasosa sisälsi psykiatrisia hoitopalveluita, kolmasosa päihdepalveluita ja kolmasosa päihdepsykiatrisia palveluita. Potilaille tehtiin pitkän aikavälin hoitosuunnitelmat, joissa integroitiin psykiatriset hoidot ja päihdepalvelut sekä

tarvittaessa avohoito ja laitoshoitajaksot yksilölliseksi hoitoketjuksi. (Järvenkylä ym. 2009.)

Karppisen (2003) loppuraportin mukaan hoitosuunnitelmaan on hyvä kirjata mahdollinen päihdepsykiatrinen konsultaatiotarve ja varautua vieroitusoireiden hoitamiseen hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. 26 potilaan kohdalla tehtiin päihdepsykiatrinen konsultaatio. Somaattisen sairauden hoitoaika vaikutti psykiatriisiin konsultaatioihin: lyhyissä hoitoajoissa, kuten poliklinisissa käynneissä konsultaatioissa toteutettiin lähinnä palveluihin ohjausta eli selvitettiin potilaalle jatkohoitomahdollisuuksia. Pidemmällä hoitojaksoilla konsultaatiot muodostivat hoitosuhteita ja sisälsivät hoidollisia elementtejä, kuten tukea antavia keskusteluja. Sairaalahoidon jälkeen suurin osa siirtyi jatkohoitoon, kuten vieroitushoitoon, opioidikorvaushoitoon, kuntouttavaan jatkohoitoon ja avo- sekä laitoshoitoon. Monesti taustalla vaikuttava hoitamaton psykiatrinen sairaus tulee esille aineiden käyttöä vähennettäessä. Tällöin tarpeen mukainen jatkohoitopaikka on päihdepsykiatrinen hoitoyksikkö.

TAYS:n päihdepsykiatristen yksiköiden hoitohenkilökunnan mielestä huumehoitoketju ei toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella halutulla tavalla ja hoitoverkosto on riittämätön. Potilaan hoitopaikasta toiseen siirtymisessä tulokset ovat ristiriitaisia. Loppuraportista selvisi, että eri yksiköt tuntevat huonosti toistensa toiminnat. Erityisenä puutteena nähtiin hoitotietojen viivästyminen potilaiden siirtyessä hoitopisteestä toiseen. Myöskään tutustumiskäyntejä jatkohoitopaikkoihin ei järjestetä, jonot TAYS:n huumehoitoihin ovat kasvaneet, eikä vapaita hoitopaikkoja ole riittävästi. Jatkohoitopaikan informointi niin jatkohoitopaikkaan kuin potilaalle koettiin kuitenkin riittäväksi. TAYS:n toiminnoissa on henkilökunnan mielestä päällekkäisyyksiä sekä yhteiset menettelytavat puuttuvat. Toisaalta henkilökunta koki, että hoitoketjuja onnistutaan rakentamaan ongelmista huolimatta. (Järvenkylä 2003.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa korostetaan samanaikaista päihde- ja psykiatristen ongelmien tunnistamista ja yhdessä hoitoyksikössä tapahtuvaa integroitua hoitoa. Integroituja palveluja tarjoavia päihdepsykiatrian yksiköitä ei kuitenkaan ole juurikaan tarjolla. Suurin osa TAYS:n konsultaatiopotilaiden hoi-

dosta toteutui päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhteistyönä, sekä tarpeen olivat myös esimerkiksi sosiaalihuollon ja kriminaalihuollon palvelut. Hankkeen kokemusten perusteella päihdepalveluista ei ole riittävästi tietoa ja psykiatrinen ongelmien yhteys päihteiden käyttöön jää usein arvioimatta. Päihdeongelman tunnistamisen jälkeen ei ole sovittu yhdenmukaista toimintamallia. Hoidon arvioiminen ja ohjaaminen jatkohoitoon vaatii osaamista, johon tulisi panostaa jo hoidon alkuvaiheessa päivystyksessä ja poliklinikoilla. (Järvenkylä ym. 2009.)

Psykiatrinen oireiden takana olevat päihdeongelmat näyttävät usein jäävän kovin vähälle huomiolle, jossa saattaa olla kyse jonkinlaisesta ”havaitsemissokeudesta” tai torjuvasta/kielteisestä asennoitumisesta. Hoidossa pitäydytään usein tulohaastattelussa asetetussa diagnoosissa, jolla näyttää olevan huomattava vaikutus hoidon sisältöön. (Järvenkylä ym. 2009.)

Opioidikorvaushoidon tarpeessa oleva potilas lähetetään vaativalle erityistasolle arviointiin. Kun potilaalle aloitetaan korvaushoito ja psykososiaalinen kuntoutus, siirtyy potilas takaisin perus- tai erityistasolle. (Karppinen 2003.) Vorman ym. (2009) tutkimuksen potilaista (n=114) 18 % otettiin opioidikorvaushoitoon kiireellisesti jonon ohi vakavan sairauden, usein vaikean syvän infektion vuoksi. 29 % HYKS:ssa hoidon aloittaneista potilaista siirtyi jatkohoitoon muualle. Suurin osa (90 %) potilaista oli miehiä. Hoidon alkaessa potilaiden keski-ikä oli 30,3 vuotta. HYKS:n päihdepsykiatrian yksikkö tekee valtaosan pääkaupunkiseudun korvaushoidon tarpeen arvioista, ja jonotusaika hoitoon vaihtelee suuresti 3–12 kuukauden välillä. Korvaushoito sisältää tavallisesti lääkehoidon ja sen seurannan lisäksi mahdollisesti muiden samanaikaisten mielenterveyshäiriöiden hoidon, tarvittavan muun päihdehoidon mahdollisine katkaisuhuotojaksoineen sekä psykososiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen.

1,5 vuoden seuranta-aikana hoidossa pysyi 77 % potilaista, joista 44 %:lla ei esiintynyt opioidien oheiskäyttöä viimeisen vuoden aikana. Keskeytykset tehtiin huumausainerikoksen, väkivallan tai sen uhan takia tai potilas lopetti hoidon itse tai se koettiin hyödyttömänä. Vuoden verran hoidossa pysyi 80 % potilaista. Opioideista vieroittautui tutkimuksen aikana neljä potilasta. Yksi potilas kuoli. Potilaat pääsivät korvaushoitoon helpommin johtuen aiempaa helpommista hoi-



toonpääsykäytännöistä ja arviointiprosesseista. Opioidiriippuvaisten hoito on hyvin moniongelmaista, ja sen arvioinnissa ja hoidossa korostuvat yhdessä päihde- ja psykiatrisen osaamisen tärkeys. Hoidon suunnittelussa on tärkeää potilaan tarkka tutkiminen ja hoidon oikeat valintakriteerit. (Vorma ym. 2009.)

### 9.3 Päihdemyrkytyspotilaan hoidon kulku

#### 9.3.1 Hoidon kulku somaattisessa erikoissairaanhoidossa

Kantolan (2003) TYKS:ssa suoritettujen selvitysten mukaan myrkytyspotilaista 29 % kotiutui suoraan ensiavusta ja 67 % jäi sairaalahoitoon somaattisten syiden vuoksi. Lähes puolet kaikista potilaista oli vuodeosastolla seurannassa. TYKS:n intoksikaatiopotilaan prosessikaavion (2011) (Liite 1.) mukaan myrkytyspotilaat siirtyvät ensiavusta tai sydänvalvonnasta sisätautien vuodeosastolle 012. Sisätautien vuodeosasto 012 on gastroenterologian ja sisätautien päivystysosasto. Lisäksi osaston 012 kautta potilaat ohjautuvat erilaisiin tutkimuksiin, joten yhteistyö esimerkiksi laboratorion, kuvantamiskeskuksen sekä tähystyksikön kanssa on tiivistä. (TYKS 2012.) Kantolan (2003) selvityksen mukaan TYKS:iin seurannan aikana tulleista intoksikaatiopotilaista 7 % oli seurannassa sydänosastolla ja 13 % joutui jossakin hoidon vaiheessa teho-osastolle. Aikuisten teho-osasto TYKS:ssa antaa tehohoitoa kaikille Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella asuville, joilla on jokin kriittinen sairaus tai vamma (TYKS 2011). Kantolan (2003) selvityksestä ilmenee myös, että kaiken kaikkiaan 1/5 potilaasta tarvitsi tehostettua hoitoa jossain vaiheessa. Kaksi potilasta siirtyi ensiavusta putkaan tai vankilaan.

Kantolan (2003) selvityksen mukaan suuri osa potilaista oli melko hyvässä kunnossa tullessaan sairaalaan. Suurin osa oli hereillä tai puheella heräteltävissä. Ketään ei jouduttu elvyttämään, eikä kukaan menehtynyt. Vain harvalla myrkytyspotilaalla oli vakavia komplikaatioita. TYKS:n intoksikaatiopotilaan prosessikaaviosta (2011) selviää, että psykiatrin lisäksi konsultoidaan myrkytyspotilaan

kohdalla myös neurologia. Tukipalveluja saadaan päihdesairaanhoidajalta ja sosiaalityöntekijältä. Virka-apua joudutaan pyytämään vartijalta ja poliisilta.

TYKS:ssa hoidettujen myrkytyspotilaiden sairaalahoito kesti useimmiten alle 24 tuntia. 56 % potilaista siirtyi psykiatriseen tai muuhun jatkohoitoon. Potilaista 32 % oli hoidossa vain alle 12 tuntia. Ainoastaan 6 % potilaista hoidettiin sairaalassa kauemmin kuin viikon. Pisin hoitojakso kesti 41 päivää. (Kantola 2003.)

Suurin osa Kuusankosken aluesairaalan alkoholi- tai lääkeainemyrkytysdiagnoosin saaneista itseään tahallisesti vahingoittaneista potilaista 16,5 % siirtyi somaattiseen vuodeosastohoitoon. 16 potilasta ohjattiin muille jatkohoitotahoille ja 47,4 % palasi päivystyspoliklinikalta kotiin. Yksi potilas menehtyi. (Nurmi-Lüthje ym. 2011.)

Kolmen vuoden aikana Suomessa todettiin 70 metanolin aiheuttamaa myrkytyskuolemaa, joista jopa 30 % tapahtui terveydenhuollon toimintayksikössä. Kuolema tapahtui kuljetuksen tai elvytysyrityksen aikana. Huumausaineista buprenorfiini on aiheuttanut suurimman riskin myrkytyskuolemaan Suomessa 2000-luvun puolivälin jälkeen. Näihin kuolemiin liittyy tyypillisesti alkoholin ja rauhoittavien aineiden sekakäyttöä. (Vuori ym. 2009.)

### 9.3.2 Hoidon kulku (päihde)psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Tahallisesti itseään vahingoittaneista potilaista Kuusankosken aluesairaalaan psykiatriseen sairaalaan ohjattiin 19 % potilaista, mielenterveystoimistoon 8,5 % ja aluesairaalan yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle kuusi potilasta. (Nurmi-Lüthje ym. 2011.) Kantolan (2003) tekemän selvityksen mukaan TYKS:ssa seurannan aikana hoidossa olevista intoksikaatiopotilaista valtaosan kohdalla käytettiin psykiatrin palveluja. Vain 10 % potilaista lähti sairaalasta ilman jotain kontaktia psykiatriin. Psykiatrin konsultaatio toteutui 67 % tapauksista. 11 % potilaista ehti omasta tahdostaan poistua ennen psykiatrin tapaamista. Viidellä potilaalla oli jo ennestään hoitosuhde psykiatriin avohoidon puolella, ja potilaista

viisi oli parhaillaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa. Nämä potilaat ohjattiin oman lääkäriinsä hoitoon. Lisäksi 28 % myrkytyspotilaista ohjattiin psykiatriseen jatkohoitoon. Somaattisen puolen lääkäriellä on myös vastuu potilaiden pääsystä psykiatriseen hoitoon, koska hänen harkinnassaan on, milloin pyydetään psykiatrin konsultaatiota.

## 10 POHDINTA

### 10.1 Eettisyys

Niin tutkimuksen kuin kirjallisuuskatsauksenkin tekoprosessiin liittyy eettisiä kysymyksiä, joissa epäonnistuminen voi viedä luottamuksen koko tutkimukselta. (Hirsjärvi ym. 2009, 23; Kylmä & Juvakka 2007, 137). Tutkimuksen tekijä joutuu tekemään tutkimusprosessin aikana lukuisia valintoja ja päätöksiä, joissa tulee huomioida tutkimusetiikka. Aiheen valinta on yksi eettinen tekijä. Tutkimuksen tulee olla hyödyksi terveystieteellisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 137, 144.) Tutkimustulokset eivät aina ole itsessään hyödynnettäviä, vaan niitä voidaan hyödyntää uusien tutkimusten perustelussa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177).

Eettisesti hyvä tieteellinen tutkimus edellyttää tekijältä tiettyjä toimintatapoja. Toisen kirjoittamaa tekstiä ei saa plagioida, eikä lainattua sisältöä muuttaa. Toisten tutkijoiden osuutta ei tule myöskään vähätellä, vaan julkaisussa on mainittava kaikki tutkimusryhmän jäsenet. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Tämä opinnäytetyö noudattaa hyviä eettisiä periaatteita. Lähdeviittaukset ovat merkitty selkeästi, joista lukija kykenee seuraamaan tekstin alkuperää. Muiden kirjoittamaa aineistoa ei ole käytetty ilman lähdeviittauksia, eikä tekstiä ole muutettu sisällöllisesti.

Keskeisimpiä eettisiä ongelmia voidaan minimoida myös selvittämällä tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset ja ottamalla ne huomioon kaikissa vaiheissa. Opiskelijoiden on hyvä jo varhain harjaantua eettiseen pohdiskeluun. Tutkimusryhmän jäsenten on myös heti alussa selvitettävä kunkin asema, oikeudet, osuus sekä velvollisuudet kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla ennen tutkimuksen aloittamista. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–24.) Tässä opinnäytetyössä eettinen näkökulma on otettu huomioon jokaisessa työn vaiheessa. Kunkin tekijän työ määrä jakautui tasaisesti, ja kaikkien näkemyksiä kunnioitettiin.

Tutkimuksen tekijän eettinen velvoite on raportoida tutkimustulokset. Eettinen tutkimustulosten raportointi vaatii tiettyjä asioita. (Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla ja aineiston tulokset tulee raportoida rehellisesti, eikä niitä pidä raportoida harhaanjohtavasti tai kaunistellen (Hirsjärvi ym. 2009, 24–26). Tutkimuksen tekijän on arvioitaessa tutkimuksen eettisyyttä arvioitava myös oman tutkimuksensa luotettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 155). Tämä opinnäytetyö tehtiin erityistä huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä noudattaen.

## 10.2 Luotettavuus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on yksi luotettavimpia menetelmiä kerätä yhteen tietoa aikaisemmista tutkimuksista. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella voidaan perustella ja täsmentää valittuja tutkimuskysymyksiä ja sen avulla voidaan tehdä tutkittavasta ilmiöstä luotettavia yleistyksiä. Alkuperäistutkimusten laadun arviointiin tulee kiinnittää huomiota, jonka kautta katsauksen luotettavuutta voidaan lisätä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 41–42.) Aikaisemman tutkimustiedon läpikäyminen tulee tehdä huolellisesti, jotta niiden luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta voidaan kriittisesti arvioida. Erilaisia hakutuloksia tulee myös arvioida sen mukaan, miten kattavasti haku antaa täsmällistä tietoa rajattuun aiheeseen. Kirjallisuuskatsauksen lähteiden tulee olla tuoreita, jotta tieto olisi nykyisten hoitokäytäntöjen mukaista. (Johansson ym. 2007, 53–54.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin korkeintaan 10 vuotta vanhoja lähteitä luotettavuuden varmentamiseksi. Opinnäytetyön kieli rajattiin suomen- ja englanninkielisiin julkaisuihin, jotta saatu tieto olisi mahdollisimman ymmärrettävää ja siten luotettavaa käytettäväksi sekä tieto olisi juuri Suomen oloihin soveltuvaa. Tähän opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten laatua oli arvioimassa tämän työn kolme tekijää, joka varmisti valittujen alkuperäistutkimusten laadun ja sitä kautta lisäsi luotettavuutta. Lisäksi tiivis yhteistyö kaikkine keskusteluineen ja pohdintoineen lisäsivät työn luotettavuutta. Internet-lähteitä käytettäessä vaalittiin eri-

tyistä lähdekritiikkiä. Opinnäytetyö tehtiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeita mukaillen ja kaikki tehty työ on kirjattu ylös, jotta lukijan on helppo seurata opinnäytetyön eri vaiheita sekä tarkastella sen luotettavuutta. Suurimmassa osassa aineistoa oli käytetty suurta otantaa ( $n > 100$ ), joka lisäsi aineiston luotettavuutta. Otokoot ovat nähtävissä opinnäytetyön tutkimustaulukossa, ja tilanteen mukaan käytettiin lukumäärää tai prosenttilukua. Tällä pyrittiin välttämään harhaanjohtavaa raportointia. Kaikki käytetty aineisto on julkaistu tieteellisissä lehdissä tai ne ovat sairaanhoitopiirien omia julkaisuja.

### 10.3 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoon johtaneista syistä ja hoidon kulusta Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli koota yhteen olemassa olevan kirjallisuuden ja tutkitun aineiston avulla, mitä kyseisten potilaiden hoidon kulusta tiedetään Suomen yliopistollisissa sairaaloissa.

Tämän opinnäytetyön tulokset osoittavat, että päihdepotilaat eivät hakeudu hoitoon päihdeongelman vuoksi, vaan tulevat usein hoidattamaan akuuttia terveydellistä ongelmaansa. Tämä kertonee huonosta päihdeongelmaisten hoitomotivaatiosta, eivätkä päihdepotilaat itse näe päihteiden käyttöään ongelmana, koska päihteiden käyttö on Suomessa yleisesti ”hyväksyttyä”. Tulokset kertovat myös, että somaattisessa erikoissairanhoidossa hoidetaan usein vain somaattista ongelmaa eikä päihdeongelmaan aina puututa.

Useiden tutkimusten (Seppä ym. 2001; Kantonen ym. 2006; Nurmi-Lüthje ym. 2011) mukaan päihtyneiden potilaiden määrä päivystyksessä on etenkin viikonloppuisin suuri. Kantosen ym. (2006) tutkimuksesta selviää, että tapaturmat ja myrkytykset ovat yleisimpiä päivystykseen tulosityitä. Sepän ym. (2001) tutkimuksen mukaan alkoholilla oli suuri vaikutus tapaturmien syntyyn, mutta huumeilla ei katsottu olleen suurta vaikutusta tapaturmien syntyyn. Yleisimmät päih-

teet, jotka vaikuttivat hoitoon hakeutumiseen, olivat alkoholi ja sekapäihdekäyttö (Järvenkylä ym. 2009).

Karppisen (2003) loppuraportista käy ilmi, että huumeiden käyttäjillä erilaiset infektiot, kuten suonitulehdukset ja sepsis olivat yleisimmät hoitoon hakeutumisen syyt ja heillä oli taustalla useita eri diagnooseja. Partasen (2008) tutkimuksen tulokset vahvistivat edellistä tulosta. Hoitoon hakeudutaan myös raajaiskeimioiden ja kudოსvaurioiden vuoksi. Opiaatit ja amfetamiinit olivat yleisimmät käytetyt huumausaineet somaattisesti sairastuneilla huumeidenkäyttäjillä (Karppinen 2003).

Kantolan (2003) selvityksestä selviää, että päihdemyrkytyspotilaita tuli päivystykseen tasaisesti pitkin viikkoa eniten kello 18–24 välillä, kun taas Nurmi-Lüthjen ym. (2011) tutkimuksen mukaan eniten itseään vahingoittaneita potilaita päivystykseen tuli lauantai-sunnuntai-välisenä aikana aikavälillä kello 22–06. Kahdesta päihdemyrkytystä koskevasta tutkimuksesta (Kantola 2003; Nurmi-Lüthje ym. 2011) selviää, että päihdemyrkytyksistä suurin osa oli lääkkeiden ja alkoholin sekakäytöllä aiheutettuja. Kantolan (2003) selvityksestä käy ilmi, että lähes puolella päihdemyrkytyspotilaista oli taustalla aiempia myrkytyksiä. Suurella osalla myrkytyspotilaista oli taustalla jo ennestään jokin hoitokontakti psykiatriin.

Järvenkylän ym. (2009) loppuraportissa todetaan psykiatristen potilaiden käyttävän enemmän päihteitä kuin valtaväestö. Neljäsosa kaksoisdiagnoosipotilaista tuli itsemurhayrityksen vuoksi hoitoon. Yleisin psykiatrinen diagnoosi kaksoisdiagnoosipotilailla oli hoitoon tullessa määrittämätön psykoottinen häiriö.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että päihdepotilaiden huono hoitomyöntyvyys vaikeuttaa hoitoa ja potilaiden hoito on usein psyykkisesti ja fyysisesti vaativaa. Karppinen (2003) toteaa loppuraportissaan, että myös huumeiden käyttäjät, jotka ovat havainneet huumeen ratkaisuna hoitaa helposti psyykkistä pahaa oloaan, ovat vaikeasti oikeaan hoitoon motivoituneita.

Useiden tutkimusten (muun muassa Partanen ym. 2008; Kantonen ym. 2006) perusteella päihdepotilaiden hoitoon ohjaus on hidasta. Alkoholiongelmainen

voi joutua olemaan päivystyksessä jopa yli viisi tuntia ja hoitoon ohjaus voi kestää jopa yli vuorokauden. Kantosen ym. (2006) mukaan yleisimmät erikoissalat, jonne päihdepotilaita ohjataan, ovat kirurgia, sisätaudit ja psykiatria. Potilaita kuitenkin ohjataan usein väärille osastoille, koska oireita tulkitaan väärin (Partanen ym. 2008).

Karppisen (2003) loppuraportti osoitti, että huumeiden käyttäjien yleisimmät osastohoidot tapahtuivat infektiosairauksien osastolla ja päivystysyksikössä. Kantosen ym. (2006) tutkimuksen mukaan päihtyneistä tai päihderiippuvaisiksi arvioiduista potilaista neljäsosa ohjattiin vuodeosastohoitoon ja Kantolan (2003) selvityksen mukaan päihdemyrkytyspotilaista suurin osa ohjattiin somaattiseen vuodeosastohoitoon. Pohjola-Sintosen ym. (2006) tutkimuksesta puolestaan selviää, että jopa viidennes sisätautien vuodeosastopaikoista täytetään päihteiden aiheuttamien komplikaatioiden vuoksi. Useasta tutkimuksesta (muun muassa Pohjola-Sintonen ym. 2006; Partanen ym. 2008) ilmenee, että päihteiden aiheuttamat komplikaatiot vievät paljon terveydenhuollon resursseja eivätkä jatkohoidot aina toteudu suunnitellusti. Jatkohoitoja järjestetään jonkin verran turhaan, sillä osa potilaista ei tule jatkokontrolleihin.

Uusaron (2004) tutkimuksen mukaan tehohoitopäivistä 17,8 % johtuu alkoholin käytön aiheuttamista ongelmista, ja jopa neljäsosalla tehohoidossa olevalla potilaalla alkoholi oli tai saattoi olla osallisena tehohoitoon joutumiseen. TYKS:ssa hoidetuista intoksikaatiopotilaista 13 % ohjattiin jossain hoidon vaiheessa tehosastolle (Kantola 2003).

Päihteiden käyttäjien hoitoajat vaihtelevat poliklinikalla tapahtuvasta yhden vuorokauden hoidosta jopa neljän kuukauden osastohoitojaksoihin johtuen erilaisista komplikaatioista ja monisairastavuudesta (Pohjola-Sintonen ym. 2006). Esimerkiksi keskimääräisesti huumeiden käyttäjien hoitoaika päivystyksessä on kuusi tuntia ja infektiosairauksien osastolla 10 vuorokautta (Karppinen 2003). TYKS:ssa hoidettujen myrkytyspotilaiden hoito kesti useimmiten alle 24 tuntia. Potilaista 32 % oli hoidossa vain alle 12 tuntia. Ainoastaan kuusi prosenttia oli hoidossa kauemmin kuin viikon. (Kantola 2003.) Usein hoito jatkuu osastohoidon jälkeen avohoidossa (Pohjola-Sintonen ym. 2006).



Moni myrkytyksen vuoksi hoidossa olleista potilaista lähetettiin suoraan päivystyksestä kotiin. Nurmi-Lüthjen ym. (2011) tutkimuksessa noin puolet itseään tahallisesti vahingoittaneista potilaista lähti päivystysyksiköstä suoraan kotiin, kun taas Kantolan (2003) tutkimuksen mukaan ensiavusta kotiutettiin suoraan 29 % intoksikaatiopotilaista. Partasen ym. (2008) tutkimuksen päihtyneistä tai päihderiippuvaisista potilaista päivystysyksiköstä kotiutettiin 65 %. Tutkimustulosten perusteella suuri osa päihde- ja päihdemyrkytyspotilaista kotiutuu suoraan päivystysyksiköstä, josta voidaan päätellä, että näiden potilaiden ongelmat ovat usein akuutteja ja hoidettavissa ilman osastohoitoa.

Päihdepsykiatriset potilaat ovat usein moniongelmaisia ja haastavia. Tulovaiheessa hoitosuunnitelmaan on hyvä kirjata päihdepsykiatrin konsultaatiotarve sekä varautua vieroitusoireiden hoitamiseen, ettei hoito keskeydy (Karppinen 2003). Somaattisen puolen lääkäriellä on myös vastuu potilaiden pääsystä psykiatriseen hoitoon, sillä hänen harkinnassaan on, milloin pyydetään psykiatrin konsultaatiota. TYKS:ssa valtaosassa myrkytystapauksista psykiatrin konsultaatiota pyydettiin rutiininomaisesti. (Kantola 2003.)

28 % Kuusankosken aluesairaalan tuoduista itseään tahallisesti vahingoittaneista potilaista ohjattiin johonkin psykiatrian palveluihin (Nurmi-Lüthje ym. 2011). TYKS:ssa hoidetuista intoksikaatiopotilaista 27 % lähti psykiatriseen jatkohoittoon (Kantola 2003).

Järvenkylän ym. (2009) tutkimuksessa mukana olleista kaksoisdiagnoosipotilaista hieman yli puolet siirtyi jatkohoitoon akuuttipsykiatrian osastoille, kolmasosa päihdepsykiatrian osastoille ja tavalliselle psykiatriselle osastolle viidesosa potilaista. Suoraan avohoitoon siirtyi alle viidesosa potilaista. Monen hoito jatkui osastohoidon jälkeen avohoidossa, joka rakentui muutaman yksikön yhteistyöstä.

Usein psykiatristen ongelmien yhteys päihteiden käyttöön jää arvioimatta sekä usein pitäydytään tulohaastattelussa asetetussa diagnoosissa, joka vaikuttaa olennaisesti koko hoidon sisältöön. Päihde- ja mielenterveyspalvelut eivät kohtaa, vaikka kaksoisdiagnoosipotilailla integroitu hoito on hoitoketjun toimivuuden

kannalta hyvin tärkeää. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoprosessia tulisi tarkastella kokonaisvaltaisesti, ja heidän hoidon koordinoiminen ja hoitoketjujen suunnittelu olisi hyvä tulevaisuudessa keskittää erikoissairaanhoidon päihdepsykiatriaan erikoistuneelle kaksoisdiagnoosipoliklinikalle. Hoitoketjut tulisi rakentaa toimiviksi, jotta alueellinen työnjako toteutuisi joustavasti. Samoin hoitoon pääsyn kynnykset eivät saisi olla liian korkeita, jotta hoitoketju ei katkeaisi. TAYS:ssa tehdyn kaksoisdiagnoosipotilaita koskevan hankkeen tuomat tulokset saivat hankkeen tekijöitä pohtimaan johtuuko kaksoisdiagnoosipotilaiden runsas palveluiden käyttö heidän huonosta hoitomotivaatiostaan, vai kertooko tämä myös palvelujärjestelmän toiminnallisista aukoista. (Järvenkylä ym. 2009.)

Opinnäytetyössä koottiin yhteen olemassa olevan kirjallisuuden ja tutkitun aineiston avulla mitä päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoidon kulusta tiedetään Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Tulosten perusteella voidaan todeta, että yleisesti ottaen aihetta on tutkittu vähän. Tutkimusten pääpaino keskittyi päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoon johtaneisiin syihin todennäköisesti syystä, että päivystyksessä päihteiden käyttö on helposti tunnistettavissa. Hoidon jatkuessa päivystyksestä eteenpäin on yleistä, että itse päihdeongelma siivutetaan ja hoidetaan vain akuuttia psykiatriasta tai somaattista ongelmaa. Kirjallisuudesta löytyi paljon tietoa alkoholiongelmiaisten hoidosta, mutta opinnäytetyössä käytettyjen hakutermien avulla tutkimuksia aiheesta löytyi vähän. Yleisesti on kuitenkin tutkittu päihdepotilaita, määrittelemättä sen tarkemmin mitä termillä *päihdepotilas* tarkoitetaan. Huumeapotilaiden hoidon kulkua on tutkittu enemmän, joskin sitäkin melko yksipuolisesti. Päihdemyrkytyspotilaiden hoidon kulkua on tutkittu myös vähän. Opinnäytetyön tulosten pohjalta on perusteltua sanoa, että TAYS:ssa päihdepotilaiden hoidon kulkua on tutkittu eniten ja hoitoketjuohjeistuksia on tehty melko kattavasti. Hoitoketjuohjeistusten pohjalta on pyritty kehittämään päihdepotilaiden hoitopolkuja. Sitä vastoin OYS:ssa ja KYS:ssa ei ole tehty aiheesta riittävästi julkisesti saatavilla olevia tutkimuksia tai tilastoja, joiden pohjalta olisi voitu lähteä vertailemaan hoitoketjuja eri yliopistosairaaloiden välillä. Myös TYKS:n osalta tilanne oli sama, mutta sieltä saatua selvitystä pystyttiin käyttämään monipuolisesti hyödyksi opinnäytetyössä. Myöskään hoitoketjuohjeistuksia ei ollut mahdollista saada opinnäytetyökäyt-

töön tarpeeksi, jotta niitä olisi voitu tutkimusten avulla verrata käytännön toteutukseen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää, kun päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoketjuja kehitetään kokonaisvaltaisemmaksi eri toimialat huomioon ottaen. Hoitoketjut tulisi tehdä potilaslähtöisimmiksi ja organisaatorajat ylittäviksi, jotta säästettäisiin potilaan omia voimavaroja sekä terveydenhuollon resursseja. Hoitoketjujen avulla voitaisiin luoda valmiita toimintamalleja, jotta hoitoon ohjaamisen perusteet ja hoidon jatkuvuus toteutuisivat sairaanhoitopiirissä yhtenevästi. Selvää on, että päihdepotilaat kuormittavat erityisesti tiettyjä terveydenhuollon yksiköitä, joten hoitovastuun jakamista tasaisemmaksi tulisi pohtia. Hoi-Pro-hankkeessa voidaan hyödyntää opinnäytetyön tuloksia kehitettäessä päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoketjuja.

## 11 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että päihdepotilas on usein moniongelmainen ja huonosti hoitoon motivoituva. Lisäksi hoito vaatii monien eri erikoisalojen tiivistä yhteistyötä.
2. Päihdepotilas hakeutuu tyypillisesti hoitoon jonkin muun syyn kuin päihdeongelman vuoksi. Psykiatristen ja somaattisten oireiden takana piilevät päihdeongelmat jäävät usein vähälle huomiolle ja usein pitäydytään liikaa tulotilanteessa asetetussa diagnoosissa.
3. Päihde- ja päihdemyrkytyspotilaat kuormittavat yliopistollisten sairaaloiden päivystyksiköitä. Yleisimmät erikoisalot, jonne päihde- ja päihdemyrkytyspotilaita ohjataan, ovat sisätaudit, kirurgia ja psykiatria.
4. Päihde- ja päihdemyrkytyspotilailla on usein taustalla psykiatrisia ongelmia ja aiempia hoitokontakteja psykiatrialle. Psykiatrin konsultaatioita tulisi tehdä entistä rutiininomaisemmin, kun päihde- ja päihdemyrkytyspotilaita hoidetaan somaattisessa erikoissairaanhoidossa.
5. Päihdeongelmien oikeanlaista tunnistamista ja niihin puuttumista tulisi tehostaa. Hoitohenkilökunnan koulutus aiheesta voisi olla aiheellista.
6. Kaikki lisätutkimukset ja tilastoinnit päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan hoidosta ja hoidon kulusta erityisesti somaattisessa erikoissairaanhoidossa olisivat tarpeen.

## LÄHTEET

- Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Tammi.
- Dahl, E. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse – Tietoa päihteistä. 4. uudistettu painos. Helsinki: YAD ry.
- Elonen, E., Mäkijärvi, M. & Vuoristo, M. 2006. Akuuttihoito-opas. 11. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Finlex 1986. Päihdehuoltolaki. Viitattu 15.2.2012  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>.
- Finlex 1989. Erikoissairaanhoitolaki. Viitattu 6.3.2012  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 8. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.
- Holmberg-Marttila, D. 2012. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas - Yleislääketieteen vastuualue, PSHP.
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammi.
- Inkinen, M. & Vilkkö, T. 2011. Alkoholin terveyshaittojen hoito. Viitattu 11.3.2012  
<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/271-mista-apua-alkoholiongelmaan>.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Äärelä, R-L. 2009. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A51. Digipaino - Turun Yliopisto.
- Järvenkylä, V. 2003. Päihdepsykiatrisen työn kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/2003.
- Järvenkylä, V., Romu, J., Kiviniemi, P., Syrjämäki, M., Ahonen, J. & Lehtonen, M-L. 2009. Mielenterveys ja päihteet – yksi ihminen, yksi hoito. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2009.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kantola, I. 2003. Intoksikaatiopotilaat TYKS:n ensiavussa 15.9.-15.12.2003.
- Kantonen, J., Niittynen, K., Mattila, J., Kuusela-Louhivuori, P., Manninen-Kauppinen, E. & Pohjola-Sintonen, S. 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Suomen Lääkärilehti 47/2006 vsk 61, 4923-4927.
- Karppinen, A. 2003. Somaattisesti sairastuneen huumeiden käyttäjän hoitopolun kehittäminen. HUS-kuntayhtymän tutkimus-, kokeilu- ja kehittämishanke 1.8.2001 - 31.12.2002.

Kekki, T. & Partanen A. 2008. Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Helsinki: Stakes.

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, LM., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortakangas, P., Brander, P. & Komulainen J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuiksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Viitattu 9.2.2012  
[http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ece74/hoitoketjuopas\\_2006.pdf](http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ece74/hoitoketjuopas_2006.pdf).

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.

Korvenranta, H. & Särkkä, M. 2010. TYKSin toiminnan ja organisaation muutos – T-Pro. Hanke-suunnitelma. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Kotovirta, E. 2011. Muuntohuumeet ehkäisevän työn, valvonnan ja palvelujärjestelmän haasteena. Viitattu 24.2.2012. [http://www.tekry.fi/web/pdf/pmp\\_2011/20\\_Kotovirta\\_tiivistelma.pdf](http://www.tekry.fi/web/pdf/pmp_2011/20_Kotovirta_tiivistelma.pdf).

Kummel, M., Nurminen, R., Iire, L. & Nygren, P. 2012. The Future Hospital - Development Project in Nursing 2009 – 2015. Teoksessa von Schantz, M. & Heinola, A. 2012. Expertise in Health Care and Medication. Reports of Turku University of Applied Sciences 128. Tampere: Juvenes Print Oy.

Kuussaari K. 2006. Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto – Terveystieteiden sosiaalitieteiden ja nuorisotieteiden työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Helsinki: kirjoittaja & Stakes.

Käypä hoito 2006. Huumeongelman hoito. Viitattu 13.3.2012  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00056>.

Käypä hoito 2011. Alkoholi-ongelman hoito. Viitattu 11.3.2012  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>.

Kääriäinen M. & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18(1), 37–45.

Laine, P. 2002. Päihdepotilas terveyskeskuksen päivystyksessä. Duodecim 118/2002, 312-316.

Lappalainen-Lehto, R.; Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet – Ammatillisen päihdehoitotyön perusteita. Helsinki : WSOY.

Nurmi-Lüthje, I., Hinkkurinen, J., Salmio, K., Lundell, L., Lüthje, P. & Karjalainen, K. 2011. Itseen vahingoittaneiden potilaiden psykiatrin konsultaatio toteutuu päivystyksessä vain osittain. Suomen Lääkärilehti 23/2011 vsk 66, 1905-1910.

Partanen, P., Hakkarainen, P., Hankilanoja, A., Kuussaari, K., Rönkä, S., Salminen, M., Seppälä, T. & Virtanen, A. 2007 Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007) :5.

Partanen, T., Vikatmaa, P., Vuola, J., Lepäntalo, M. & Tukiainen, E. 2008. Laskimon sisäisinä huumeina käytetyt tabletit aiheuttavat vakavia vaurioita. Suomen Lääkärilehti 23/2008 vsk. 63, 2131-2136.

Pohjola-Sintonen, S., Kaurala, M., Kantonen, J., Mattila, J. & Manninen-Kauppinen, E. 2006. Päihderiippuvuuden aiheuttaman sairauden takia erikoissairaanhoidossa hoidetut potilaat: 6 kuukauden seuranta. Suomen Lääkärilehti 37/2006 vsk. 61, 3739-3744.

PPSHP 2012. Päihdeongelmat - Hoitoketjut. Viitattu 15.4.2012  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=shp00339](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=shp00339).

PSHP 2009. Seudullinen päihdehoitoketju. Viitattu 15.2.2012  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=shp00929&p\\_haku=006.929](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00929&p_haku=006.929).

PSHP 2010a. Mielenterveys- ja päihdepotilaan päivystyshoitoketju. Viitattu 10.4.2012  
[http://www.terveysportti.fi/ddtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=shp00937](http://www.terveysportti.fi/ddtk/ltk/avaa?p_artikkeli=shp00937).

PSHP 2010b. Päihdeongelmaisen maksan vajaatoiminta ja pankreatiittipotilaan hoitoketju. Viitattu 12.4.2012  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=shp00950](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=shp00950).

PSHP 2012. Opioidiriippuvaisten korvaushoidon hoitoketju. Viitattu 23.4.2012  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=shp00922](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=shp00922).

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Duodecim 125/2009, 897-904.

Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Sand, J., Välikoski, A. & Nordback, I. 2009. Alcohol Consumption in the Country and Hospitalizations for Acute Alcohol Pancreatitis and Liver Cirrhosis during a 20-Year Period. Alcohol and Alcoholism vol. 44 no 3, pp. 321-325.

Seppä, K., Aalto, M., Pekuri, P., Antila, S., Lahtinen, T. & Ajala, R. 2001. Päihdepotilaat päivystyspoliklinikalla – ongelmasta toimintamallin kehittämiseen. Suomen Lääkärilehti 20/2001 vsk. 56, 2249-2253.

STM 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:13. Interventiomahdollisuudet huumaiden käyttäjien päihdeongelmiin somaattisen sairaalahoidon aikana. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM 2002. Päihdepalvelujen laatusuosituksien. Viitattu 8.3.2012  
[http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/osa1\\_2.htm#2\\_1](http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/osa1_2.htm#2_1).

STM 2004. Tiedote 92/2004 Mini-interventio on jokaisen ulottuvilla. Viitattu 14.3.2012  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1207139>.

STM 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito – Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Viitattu 8.3.2012  
<http://pre20090115.stm.fi/aa1164721227855/passthru.pdf>.

STM 2011. Päihdepalvelut. Viitattu 15.2.2012  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/paihdetyo\\_ja\\_palvelut/paihdetyo](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo_ja_palvelut/paihdetyo).

Suojasalmi, J. 2009. Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa - esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen kehittämisestä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015 pohjalta. Viitattu 8.3.2012  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39502&name=DLFE-7205.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-7205.pdf).

Terveyskirjasto 2009. Alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö. Viitattu 7.2.2012  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00194](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00194).

Terveyskirjasto 2009. Myrkytykset. Viitattu 22.3.2012  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00139](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00139).

THL 2009. Huumeet. Viitattu 15.2.2012  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/huumeet/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet/).

THL 2011a. Päihdetilastollinen vuosikirja. Alkoholi ja huumeet.

THL 2011b. Huumetilanne Suomessa 2010. Raportti 62/2011.

THL 2011c. Alkoholisairauksien hoito terveydenhuollossa 2009. Tilastoraportti.

THL 2011d. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010. Tilastoraportti.

Tilastokeskus 2011. Itsemurhien määrä pienin yli 40 vuoteen. Viitattu 4.5.2012  
[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt\\_2010\\_2011-12-16\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tie_001_fi.html).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

TYKS 2012. Sisätautien klinikka. Viitattu 23.4.2012 <http://www.tyks.fi/fi/2805/12522/>.

TYKS 2011. Anestesiologian ja tehohoidon yksikkö. Viitattu 23.4.2012  
<http://www.tyks.fi/fi/2806/2334/>.

Uusaro, A. 2004. Alkoholien käytön yhteys tehohoidon tarpeeseen, resurssien käyttöön ja tuloksiin. *Finnanest* 2004 37(2), 153-156.

Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S. & Katila, H. 2009. Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003-2005. *Suomen Lääkärilehti* 20/2009 vsk. 64, 1853-1857.

Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. 2009. Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2005-2007. *Suomen lääkäri* 39/2009 vsk. 64, 3187-3195.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.



# TYKS intoksikaatiopotilaan prosessi (Lähdenperä, H. 2011)

